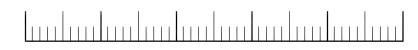
PARIS MÉDICAL

LXLIV



PARIS MÉDICAL

PARIS MÉDICAL paraît tous les samedis (depuis le 1er décembre 1910). Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Paris, France et Colonies : 50 francs (frais de poste actuels inclus). En cas d'augmentation des frais de poste, cette augmentation sera réclamée aux abonnés.

Belgique et Luxembourg (frais de poste compris) : **75 francs français.**

TARIF no 1. — Pays accordant à la France un tarif postal réduit: Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Dominicaine (Rép.), Égypte, Équateur, Espagne, Esthonie, Éthiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Hedjaz, Hollande, Honduras, Hongrie, Lettonie, Libéria, Lithuanie, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, San Salvador, Serbie, Siam, Suisse, Tchécoslovaquie Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, U. R. S. S., Uruguay, Vatican (États du), Vénézuéla :

95 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.

TARIF no 2. — Pays n'accordant à la France aucune réduction sur les tarifs postaux : Tous les pays autres que ceux mentionnés pour le tarif no 1 : **120 francs français ou l'équivalent en dollars, en livres sterling ou en francs suisses.**

Adresser le **montant des abonnements à la librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris.** On peut s'abonner chez tous les libraires et à tous les bureaux de poste.

Le premier numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 3 fr.).

Le troisième numéro de chaque mois, consacré à une branche de la médecine (Prix : 2 fr. 50).

Tous les autres numéros (Prix : 75 cent. le numéro. Franco : 90 cent.).

ORDRE DE PUBLICATION DES NUMÉROS SPÉCIAUX POUR 1934.

6 Janvier.... — Tuberculose (direction de LEREBOULLET).
20 Janvier.... — Dermatologie (direction de MILIAN).
3 Février ... — Radiologie (direction de DOGNON).
17 Février ... — Maladies de l'appareil respiratoire (direction de JEAN LEREBOULLET).
3 Mars ..... — Syphiligraphie (direction de MILIAN).
17 Mars ..... — Cancer (direction de REGAUD).
7 Avril...... — Gastro-entérologie (direction de CARNOT).
21 Avril...... — Eaux minérales, climatologie, physiothérapie (direction de RATHERY).
5 Mai....... — Maladies du cœur et des vaisseaux (direction de HARVIER).
19 Mai .... — Maladies du foie et du pancréas (direction de CARNOT).
2 Juin....... — Maladies infectieuses (direction de DOPTER).
16 Juin....... — Pathologie ostéo-articulaire et chirurgie infantile (direction de MOUCHET).
7 Juillet..... — Maladies de la nutrition, endocrinologie (direction de RATHERY).
1er Septembre. — Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie (direction de GRÉGOIRE).
22 Septembre. — Maladies mentales (direction de BAUDOUIN).
6 Octobre ... — Maladies nerveuses et mentales (direction de BAUDOUIN).
20 Octobre ... — Maladies des voies urinaires (direction de GRÉGOIRE et RATHERY).
3 Novembre . — Maladies des enfants (direction de LEREBOULLET).
17 Novembre . — Médecine sociale (direction de BALTHAZARD).
1er Décembre.. — Thérapeutique (direction de HARVIER).
15 Décembre . — Gynécologie et obstétrique (direction de SCHWARTZ).

Il nous reste encore quelques années de **1911 à 1934** au prix de **60 francs** chaque,
(15 % en sus pour le port.)

Régie Impr. CRÉTÉ. — CORBEIL.

PARIS MÉDICAL

LA SEMAINE DU CLINICIEN

Fondé par A. GILBERT

DIRECTEUR :

Professeur Paul CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.





LXLIV

Partie Paramédicale

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

1934

TABLE ALPHABÉTIQUE

(Partie Paramédicale et Suppléments, tome XCIV)

Juillet 1934 à Décembre 1934

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DROIT CIVIL ET MALADIES CHRONIQUES

Par E.-H. PERREAU

Professeur à la Faculté de droit de Toulouse.

Les maladies chroniques ont une importance indéniable pour l'application des lois civiles, relatives à la dernière maladie du client d'un médecin. Parfois la loi édicte certaines déchéances, incapacités, ou faveurs en considérant que le malade, avant sa mort, n'ayant jamais eu la liberté d'esprit dépendant d'un bon état de santé, n'a pu revenir lui-même sur des actes inconsidérés, pas plus que le médecin n'a pu décemment lui adresser des réclamations.

Cette dépendance du malade vis-à-vis du médecin se poursuit longuement, en cas de maladie chronique ; souvent celle-ci remplit une grande partie de l'existence du client. Va-t-il donc falloir, pendant de longues années, suspendre l'application du droit commun entre malade et médecin, alors que toutes les lois d'exception doivent être à l'inverse appliquées avec parcimonie ? Si l'on songe au nombre considérable de maladies chroniques répandues dans le monde, on conclura qu'avec pareille interprétation les relations juridiques entre malades et médecins risquent fort de troubler considérablement les droits et obligations des uns ou des autres avec des tiers, c'est-à-dire l'ensemble de la société.

Aussi s'explique-t-on facilement qu'au lieu de prendre au pied de la lettre les textes parlant de dernière maladie, les juristes aient tenté d'en limiter le domaine en s'inspirant, dans chaque cas, des motifs ayant inspiré le législateur.

§ 1. **Incapacité de recevoir des libéralités.** — On sait que les médecins sont, en principe, incapables de recevoir de leur client des libéralités pendant la maladie dont il décède (art. 909, Code civil). Il est facile de comprendre les inconvénients auxquels on se heurterait, en annulant toutes les libéralités faites depuis le début d'une maladie chronique, dont l'origine peut remonter à de longues années avant le décès.

Mis en possession depuis longtemps par le donateur lui-même, le médecin n'aura-t-il donc qu'une détention précaire, étant toujours exposé à réclamation des héritiers au décès de son client ?

N'est-il point paradoxal qu'un héritier puisse attaquer un legs, maintenu constamment par le malade, dans son testament, pendant une grande partie de sa vie ?

Qu'a donc voulu le législateur en édictant cette incapacité ? Présumer l'absence de liberté du disposant, quand, jusqu'à sa mort, il est resté sous l'influence constante de son médecin.

Or, en cas de maladie chronique, il est des phases de rémission, assez longues et calmes pour que le client mette ordre à ses affaires avec une totale indépendance de son médecin, au moins avec indépendance de toute personne, vis-à-vis de son médecin ordinaire la soignant et l'ayant soignée pour une série de maladies séparées.

Tant que le malade n'est pas influencé par la perspective d'une mort fatale, plus ou moins rapprochée, il garde assez de liberté d'esprit pour qu'on lui laisse la faculté de disposer gratuitement de ses biens, même en faveur de son médecin.

Dans sa séance du 10 février 1896, la Société de médecine légale a voté l'interprétation suivante : « Par dernière maladie, on doit entendre non pas un état morbide dont l'aggravation et le développement ont ultérieurement entraîné la crise fatale, mais seulement la période terminale de cet état, c'est-à-dire celle qui ne comporte plus aucune rémission sérieuse et durable du mal et qui doit fatalement amener la mort à bref délai (1). »

C'est aussi l'interprétation admise par la jurisprudence, au moins depuis le milieu du dernier siècle (2). Elle a été suivie par la jurisprudence étrangère pour l'application de lois analogues à la nôtre (3).

Pour les chroniques, les juges entendent par dernière maladie la période où l'état du malade est devenu tellement grave que tous les efforts de la médecine resteront inutiles pour le guérir, et pourront uniquement le soulager.

§ 2. **Privilège des frais médicaux.** — Sur l'ensemble des biens, immeubles et meubles, du débiteur, le médecin possède un privilège pour paiement de ses honoraires, pendant la dernière maladie du débiteur, quelle qu'ait été d'ailleurs son issue (art. 2101, § 3, Code civil).

Nul n'a jamais essayé d'étendre ce privilège aux frais médicaux relatifs à toute la durée d'une maladie chronique ; on absorberait ainsi les plus clairs deniers du débiteur.

Par analogie des solutions données plus haut, pour l'incapacité du médecin de recevoir des libéralités, on pourrait être tenté de déclarer privilégiés tous honoraires correspondant à la dernière crise ayant emporté le malade. Cependant ces deux questions ne sont pas identiques, l'incapacité de donner concernant seulement l'époque où le mal est assez pressant pour enlever sa liberté au malade, tandis que le privilège est institué pour qu'en cours de maladie le médecin ne soit

(1) *Bull. Soc. méd. lég.*, t. XIV, p. 130.

(2) Trib. Niort, 30 avril 1857, D. P. 59.3.15 ; Paris, 8 mars 1867, D. P. 67.2.145 ; 23 décembre 1873, D. P. 74.2.205. Trib. Narbonne, 25 juil. 1889, *Journ. La Loi*, 24 juil. 1889 ; cf. Toulouse, 18 janv. 1864, D. P. 64.2.9.

(3) Pour l'art. 752, C. civ. espagnol, Voy. Trib. sup. Espagne, 25 avril 1899, *Journ. Droit intern. privé*, 1905, p. 1001.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

pas tenté d'interrompre ses soins par crainte de ne pas obtenir paiement, faute de ressources du débiteur.

Aussi la jurisprudence déclare-t-elle privilégiés les honoraires de toute la période où, étant donnée la gravité du mal, les soins ont été si continus qu'aucun répit n'a été laissé au médecin pour pouvoir demander ses honoraires, sans risquer d'interrompre le traitement. Du moment que la loi concède le privilège même au cas de guérison du malade, en cas de maladie chronique on ne considérera donc pas seulement la période où le mal est devenu assez grave pour emporter fatalement le malade. Ce privilège garantira les honoraires concernant toute une phase de la maladie où le traitement est ininterrompu et ne pourrait même pas s'interrompre sans nuire au malade (1).

§ 3. **Prescription des honoraires.** — Rappelons que l'action en paiement d'honoraires se prescrit par deux ans (art. 2272, Code civil), et que, d'après une jurisprudence constante, au cas de visites ou consultations multiples, le délai court de la dernière, les honoraires formant une seule créance pour l'ensemble d'un seul traitement.

(1) Trib. Montdidier, 27 nov. 1884, S. 86.2.47 ; Cass., 3 août 1897, S. 1900.1.39 ; Trib. Seine, 27 déc. 1913, *J. Le Droit*, 29 avril ; Paris, 28 janv. 1931, *Gaz. Pal.*, 24 avril. Cependant certaines décisions admettent le privilège pour tous honoraires non prescrits. Trib. comm. Nantes, 18 juin 1910, *Journ. Faillites*, 1911, p. 34.

En appliquant ces mêmes idées aux maladies chroniques, on rendrait absolument imprescriptibles les honoraires du médecin. Aussi pareille solution est-elle unanimement rejetée.

Au lendemain de la promulgation du Code civil, certains commentateurs proposaient de considérer alors séparément la créance des honoraires de chaque visite ; et parfois certains jugements isolés adoptent encore cette solution en s'appuyant sur les intentions des parties (2).

Mais la grosse majorité des auteurs et des arrêts admet ici aussi que les honoraires de l'ensemble des visites forment une seule créance, dont la prescription court des derniers soins donnés (3). On tempère cette solution en admettant que, lorsqu'au cours d'une maladie chronique les soins ont été interrompus par l'amélioration de l'état du malade, une prescription spéciale court de la fin de chacune des périodes successives de soins médicaux, pour les honoraires les concernant (4).

(2) Trib. Seine, 11 mai 1904, *Gaz. Pal.*, 1904.2.631 ; DURANTON, *Cours de Droit civil*, t. XXI, n° 413 ; TROPLONG, *Tr. de la Prescription*, n° 959.
(3) Montpellier, 30 janv. 1908, *Monit. Jud. Midi*, 1908, p. 58 ; Trib. Étampes, 15 mars 1904, *Concours médical*, 1904, p. 350 ; Trib. Seine, 21 mai 1895, *France judiciaire*, 1895, p. 319 ; *id.* 15 janv. 1870, S. 72.2.24 ; Trib. Besançon, 14 août 1866, S. 69.2.97 (en sous-note).
(4) Lyon, 15 nov. 1898, S.99.2.102.

ART ET MÉDECINE

PETIT ESSAI SUR LA JEUNE GRAVURE CONTEMPORAINE

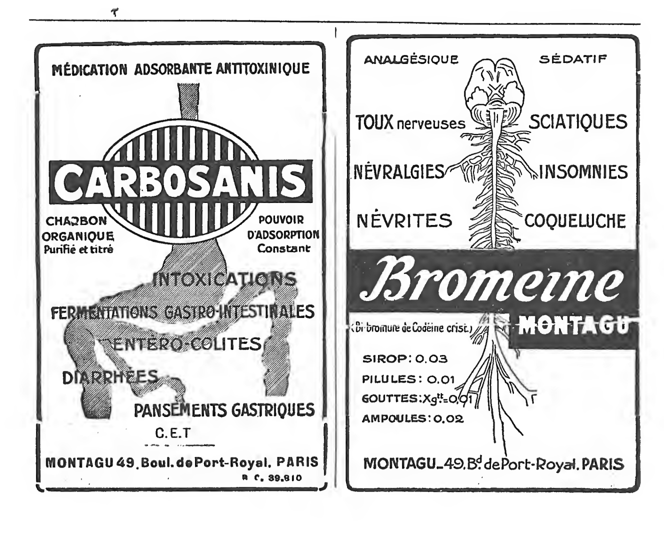
En rendant compte du Salon de la Société des Artistes français dans le numéro du 3 juin de *Paris médical*, j'ai touché deux mots de l'admirable phalange d'artistes graveurs dont notre pays était en droit de s'enorgueillir. Je me suis permis également de faire quelques réserves sur l'œuvre de plusieurs d'entre les plus habiles, soulignant que leur habileté même les conduit souvent dans des sentiers un peu éloignés du Grand Art, vers les bergeries de l'artisanat.

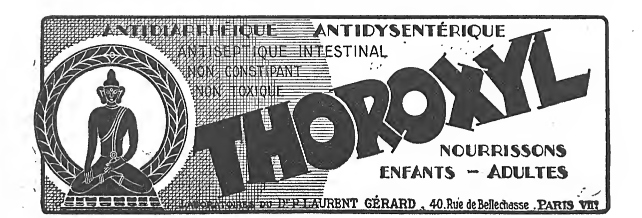
Et me voici conduit, au début de cet essai sur la jeune Gravure contemporaine, à parler tout d'abord du « métier ». Le métier de graveur en taille douce demande, par exemple, un long apprentissage ; quatre ou cinq années d'études sont à peine suffisantes pour permettre à un artiste de posséder à fond son métier et, partant, de pouvoir s'exprimer avec la plus entière liberté (1).

(1) La plupart de nos grands prix de Rome ont poursuivi leurs études pendant sept à huit ans.

Quoique moins longs à apprendre, ceux d'aquafortiste et de graveur sur bois demandent quelques années. Dans ces conditions, on comprendra fort bien que les praticiens accomplis, ayant œuvré sous la férule de maîtres estimés, s'insurgent lorsque la critique traite sur un pied d'égalité certains peintres ou dessinateurs qui, du jour au lendemain, se livrent à la gravure. Ils oublient que pour l'amateur éclairé, seul le résultat compte, c'est-à-dire la qualité artistique de l'œuvre, de l'épreuve qui leur est offerte.

Si l'on devait dénier aux peintres le droit d'exprimer une pensée à l'aide du burin ou de la pointe, ce serait dire que les eaux-fortes de Daubigny et de Pissarro sont sans intérêt, que les gravures de Delacroix sont insignifiantes, que les pointes sèches de Rodin ne reflètent point son génie et qu'il faut tenir, de nos jours, en piètre estime l'œuvre gravé de Bernard Naudin, qui est cependant un des plus puissants graveurs contemporains, ou celui d'Albert Besnard, qui nous a donné cette inoubliable suite d'eaux-fortes consacrée à la *mort*. Laissons donc à la technique la


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
C.E.T
MONTAGU 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
TOUX nerveuses
SCIATIQUES
NÉVRALGIES
INSOMNIES
NÉVRITES
COQUELUCHE
Bromeine
MONTAGU
(Bi-bromure de Codéine crist.)
SIROP: 0.03
PILULES: 0.01
GOUTTES: Xgtt=0.01
AMPOULES: 0.02
MONTAGU_49, Bd de Port-Royal, PARIS


ANTIDIARRHÉIQUE ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON CONSTIPANT
NON TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS - ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD, 40, Rue de Bellechasse. PARIS VIIe

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

part qu'elle mérite et qui est grande, et accordons une prééminence à l'Art.

Des maîtres graveurs tels que Dubouchet, Waltner, Laguillermie, Sulpis, Dezarrois ont pu donner des œuvres excellentes et former plusieurs générations de magnifiques artisans, il n'en reste pas moins acquis que certains maîtres de la gravure française ne doivent qu'à leur intuition et à leurs recherches personnelles le métier, parfois croyaient les seuls détenteurs des secrets d'une technique, mais qui n'avaient malheureusement rien à dire, et les peintres-graveurs qui, dès leurs premiers essais, éclipsèrent les praticiens qui les avaient initiés » (1). Et il souligne l'aventureuse croisade que Félix Bracquemond, praticien de classe, entreprit en faveur de la gravure originale, croisade qui aboutit à la fondation de la *Société des aquafortistes* qui compta dans son sein des artistes



Les Deux Baigneuses, eau-forte originale de Renoir.

fruste, mais qui leur suffit pour créer des chefs-d'œuvre.

***

Au reste, la bataille que se sont livrée les graveurs professionnels et les peintres n'est pas d'aujourd'hui. M. Claude-Roger Marx, qui est un des mieux renseignés parmi les historiographes de la gravure, a signalé à propos de la vingtième *Exposition des peintres graveurs* la lutte qui s'est poursuivie au cours du XIXe siècle « entre ceux qui se tels que Jongkind, Fantin-Latour, Legros, Whistler, Boudin, Courbet, Degas, Pissarro, Puvis de Chavannes et Manet.

Il rappelle aussi qu'après l'échec de la publication du *Blanc et du Noir*, c'est encore à Bracquemond, associé à Guérard, que l'on doit la fondation, en 1889, de la *Société des peintres-graveurs*.

A la première phalange, ou plutôt à ses survivants s'étaient joints Auguste Rodin, Raffaëlli, Mary Cassatt, Carrière, Zorn, Chéret, Seymour, Haden, Auguste Lepère, Buhot, Desboutins, J.-L.

(1) Beaux-Arts, 31 mars 1933.

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

Forain et quelques autres dont Louis Legrand, Steinlen et Paul Renouard. Beaucoup plus tard Béjot, Dauchez, Jacques Beltrand, Victor Prouvé-Beurdeley, Jeanniot, Jean Peské, Frélaut, Leheutre, P.-L. Moreau, Perrichon, Bernard Naudin, viendront les rejoindre, apportant à la Société vieillissante — car rien ne vieillit vite comme les Sociétés d'artistes — un sang nouveau et une ardeur combative. Plus près de nous, se groupèrent encore sous sa bannière de nouveaux indépendants : le distingué buriniste Laboureur, l'impétueux Dunoyer de Segonzac, le truculent lithographe Luc-Albert Moreau, la charmante Hermine David,

***

D'autres groupes, aussi sympathiques, manifestent leur activité depuis ces dernières années dans de petites expositions collectives chez les marchands de tableaux. Et tout dernièrement encore, l'un des plus récents, celui de la *Jeune Gravure contemporaine*, réunissait quelques très bons graveurs galerie Druet, 20, rue Royale. Parmi ces graveurs, du reste, se trouvent quelques peintres de talent, tels que MM. Robert Lotiron et Yves Alix qui ne sont plus tout jeunes et qu'on peut apparenter à la classe des Laboureur, des



Les Chèvres, eau-forte originale de M. Jean Peské. (Chalcographie du Louvre.)

le très personnel Henry de Waroquier, les jeunes maîtres du burin Albert Decaris, André Jacquemin, et le paysagiste Eugène Corneau ; d'autres encore.

Parallèlement, la *Société de la gravure originale en noir* réunissait autour de quelques-uns des plus éminents graveurs originaux de la Société des artistes français, dont le bon paysagiste Alfred Brunet-Debaines, quelques aquafortistes de talent. Et là encore nous retrouverons plusieurs des artistes déjà cités auprès des aquafortistes Edgar Chahine, le truculent portraitiste de Jeanne France, Aimé Dallemagne, le puissant évocateur des vieux manoirs et des églises françaises, Georges Gobo, le lyrique paysagiste, R.-L. Pradel, le personnel animalier, Henry Cheffer, possesseur d'un si splendide métier, Pierre Fritel au talent si souple, buriniste de classe, Eugène Damblans, habile illustrateur.

Jules Joëts, des H. de Waroquier, dont l'œuvre est proprement originale.

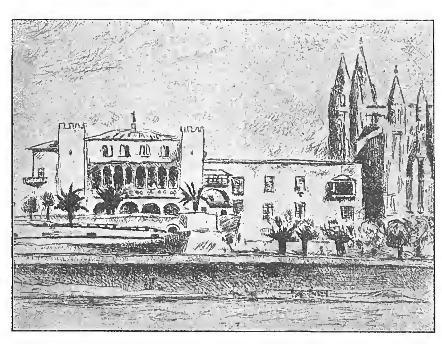
De même, M. J.-L. Boussingault, que nous connaissions pour un lithographe puissant, de la génération des Luc-Albert Moreau et des Dunoyer de Segonzac, surclasse le petit groupe dont il est l'invité de marque.

Mais parlons des œuvres réunies à cette cinquième Exposition. M. Yves Alix donne une bien intéressante *Scène de la Révolution espagnole*, eau-forte aux beaux noirs dont l'effet est rembranesque, et quelques autres épreuves marquées au sceau d'un modernisme acceptable ; M. Boussingault a tracé à la pointe sèche de bien délicates *têtes de femmes*, et son *Invitation au voyage* paraphrase heureusement Baudelaire ; de M. Gérard Cochet il faut louer surtout la planche intitulée *Montboulant*, qui représente un gros arbre au pied duquel s'abrite un chasseur, et la *nature morte à la mandoline et au*

masque. Sa *femme à la toilette* est vivante, mais les ombres en sont un peu plates ; le geste de la main droite est peu séduisant. De M. Étienne Cournault les sobres et un peu sèches figures de femmes gravées au burin sont à remarquer, mais, tout particulièrement, nous tenons en estime son *Dimanche à Malzéville*, eau-forte d'un vérisme très pittoresque. Nous goûtons moins l'art de M. Anthony Gross, dont les eaux-fortes sont plutôt des croquis, mais en revanche le talent de M. Pierre Guastalla est sévère et propre aux évocations des villes d'art italiennes. Ses pointes sèches *Venise* et *Santa Maria della Salute* sont de jolies pièces, d'un expressif dessin. M. Joseph Hecht, qui a entrepris par une maîtrise de soi qu'on voudrait parfois un peu moins absolue. Son dessin affirme une puissance d'expression qui prendrait de la grandeur si l'artiste utilisait davantage les belles ombres.

Il faut faire une place à part à M. Louis-Joseph Soulas, graveur sur bois auquel nous devons l'admirable illustration de *Raboliot* et qui s'affirme, ici, un maître du burin. Ses vues de *Collioure* et de *Banyuls* nous semblent plus heureuses que son évocation un peu sommaire de la *Beauce en août*, plate à l'excès malgré ses javelles.

L'art de Mme Karin Lieven — *portrait de C.-F. Ramuz* et *l'Apéritif* — et celui de Mme Mily Possoz — *Marchande de violettes* — sont tourmentés et fort



L'Almudaïna (Palma de Majorque), eau-forte originale de M. Robert Lotiron.

ailleurs la gravure au burin de quelques sites parisiens fort connus, s'avère un séduisant animalier. La sécheresse de son trait confirme d'amusantes arabesques, notamment dans sa *Chasse au bord de la mer*. L'art de M. André Jacquemin est fait d'une noblesse que le métier de graveur qu'il possède accuse dans sa *Méditation* et dans sa *Courtisane de Sale*. Il s'épanouit heureusement dans sa *Chanson sentimentale*, œuvre où M. Jacquemin laisse libre cours à sa fantaisie.

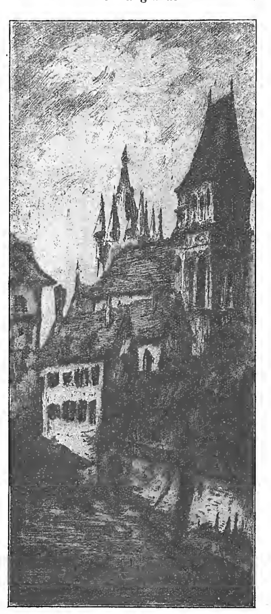
Les eaux-fortes de M. Robert Lotiron ont la même saveur que ses dessins à la plume. Ce sont surtout des notations de peintre. *La Moisson, la Batteuse, les Bateaux* ne manquent pas de charme, malgré une égalité de trait et de morsure qui les rapproche bien des croquis. M. Lotiron s'est toujours méfié du lyrisme. Son art dépouillé prouve influencés par un modernisme un peu suspect. Nous préférons celui, si français, de M. Léon Lang et celui de M. Roland Oudot, les deux lithographes du groupement. M. Lang obtient les fraîcheurs de Pierre Laprade et parfois d'Odilon Redon dans ses lithographies en couleur de fleurs et de jardins ; quant à M. Roland Oudot, il trouve de jolis accents pour évoquer l'*Été*, la *Forêt* et la *Toilette de Vénus*, interprétation lithographique de son tableau du Salon des Tuileries. Son trait est onctueux, ses indications de mouvement heureuses. Il faut le louer de ces essais qui atteignent parfois une aisance très proche de la maîtrise.

***

Certes, les artistes dont nous venons de parler ne sont pas les seuls auxquels on doive faire con-

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

fiance D'autres jeunes ont donné des œuvres aussi remarquables et quelques-uns d'entre eux sont déjà des maîtres. Nous pensons aussitôt à M. Albert Decaris, l'un des plus audacieux et personnels graveurs au burin du moment. Il semble que cet artiste a su renouer la grande tradition de la



L'église Saint-Thomas à Strasbourg, eau-forte originale de A. Dallemagne.

gravure en demandant une leçon aux vieux maîtres français et allemands et tout particulièrement à Dürer. Il a le sens des grands plans architecturaux lorsqu'il s'efforce à la représentation des monuments, et aussi celui d'un intense dramatisme lorsqu'il illustre de compositions gravées quelque grande œuvre littéraire. Possesseur d'une technique étonnante et d'une sûreté de main absolue, il peut entreprendre de grandes planches dans lesquelles il fait jouer mieux que personne, en quelques hardis coups de burin, les lumières et les ombres.

Parmi ses dernières planches, sa *Cathédrale de Dôle*, ses *Colisée*, sont d'admirables réussites. Ces burins ont la fraîcheur d'un premier jet.

Parmi les aquafortistes de la nouvelle génération il faut également faire une place à part à M. Robert Bonfils, qui malgré la sécheresse de son trait est un bien sympathique paysagiste, à M. Robert Antral, dont les essais sont très dignes d'intérêt et dont certaines curieuses figures de filles sont tout à fait remarquables par leur acuité de vision, à Mlle Louise Ibels qui s'est penchée avec âme sur la tourbe parisienne des sans-logis et des ivrognesses de la Mouffetard et à laquelle on doit une planche bien émotionnante : *les Opérées de la cataracte*, ainsi qu'une vigoureuse illustration à l'eau-forte de *Germinal*.

Également à M. Robert Lenoir qui, lui aussi, donne d'étranges et cruelles figures gravées de gueusards et de gouapes et qui, retour d'un voyage d'Espagne, transpose sur le cuivre de bien attachantes visions. De même au Belge Jean Donnay, auteur d'un assez captivant *Chemin de croix* exposé l'année dernière au Salon d'automne.

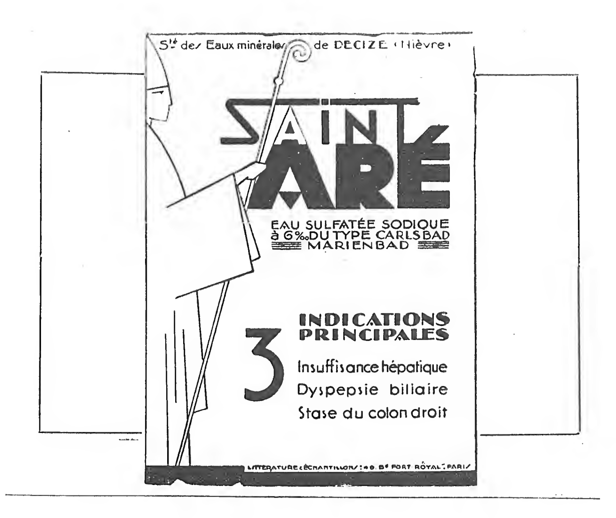
***

Avons-nous, dans cet article sommaire, défini suffisamment les directives suivies par les jeunes graveurs ? Avons-nous dénombré scrupuleusement leur troupe ? Non pas. Cette étude, forcément limitée, n'est qu'un essai. On nous pardonnera les omissions regrettables.

Nous nous permettrons toutefois quelques remarques. Il apparaît que — les graveurs au burin mis à part — les aquafortistes d'aujourd'hui se contentent de notations un peu cursives, pour ne pas dire superficielles.

Se référant à des précédents célèbres, aux quelques eaux-fortes et vernis-mous que nous ont transmis quelques-uns des plus grands impressionnistes — Camille Pissarro et Degas exceptés — parmi lesquels il nous faut citer Renoir et ses *Baigneuses de 1895*, Cézanne et ses essais à la pointe, nombre de jeunes artistes s'attaquent au cuivre, comme, pendant la première période d'après-guerre, ils s'étaient, l'illustration aidant, transformés, sans connaissances spéciales, en xylographes. Nous ne critiquons pas, nous constatons un fait qui n'est pas sans une certaine gravité.

A la plupart d'entre eux, il manque les rudiments du métier, comme ils manquaient à l'ex-


Sté des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)
SAINT ARÉ
EAU SULFATÉE SODIQUE
à 6‰ DU TYPE CARLSBAD
MARIENBAD
3 INDICATIONS PRINCIPALES
Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : 40 Bd PORT ROYAL PARIS



SYPHILIS
LABORATOIRE
G. FERMÉ
55, Bd de STRASBOURG
PARIS-10e
PSORIASIS
MU
hydroxyde de bismuth radifère
amp. de 2 cc. intramusculaires
THANOL
PSO
THANOL
composé arséno-bismuthique
amp. intraveineuses et intramusculaires de 3 cc.

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

cellente Suzanne Valadon lorsqu'elle s'essaya à l'eau-forte. Un dessin, toujours plus souple qu'une gravure au trait de pointe, peut perdre ses qualités foncières sous l'action de l'acide. La crevaison des vernis qui se piquent, l'alourdissement d'un trait pendant la morsure, la réunion fâcheuse de plusieurs hachures, s'ils ne trahissent pas positivement la pensée de l'artiste, sont pour le moins fâcheux.

Ce qu'il faut dire bien haut, c'est que les peintres-graveurs de la génération romantique, comme ceux de la génération impressionniste, avaient été initiés à la gravure par des professionnels. Et ce n'est un secret pour personne que des graveurs comme Courboin ou Lepère exercèrent avant la guerre une heureuse influence sur leurs contemporains.

Les jeunes, au reste, ne sortent guère d'une représentation de la nature généralement assez sommaire. Ils s'attaquent peu à la figure et au portrait, restent le plus souvent dans la facilité relative du paysage.

Quel est le jeune peintre-graveur qui donnerait des planches aussi complètes que le *portrait de Victor Hugo* par Rodin, que ceux de *la reine des Belges* et de *Georges Clemenceau* par Albert Besnard, que celui d'*Ernest Renan* par Zorn ? Avons-nous des artistes capables d'entreprendre une *illustration des Erinnyes* de la valeur technique de celle de François Kupka, des silhouettes aussi vivantes que celles de Steinlen, de Jeanniot, de Paul Renouard ou de Raffaëlli ? Quel paysagiste de la classe de Jean Peské, de Maxime Maufra, de l'Anglais Brangwin, d'Auguste Lepère, voire de Dauchez et de Moreau, quel jeune évoquera plus simplement et plus dramatiquement, plus humainement, la mise en croix de Jésus que Bernard Naudin, ce fils spirituel de Goya ?

Nous nous permettrons de livrer ces quelques remarques à nos lecteurs et aux jeunes peintres que l'eau-forte tente et qui se doivent à eux-mêmes, avant que d'entreprendre un œuvre gravé, d'assimiler les connaissances techniques nécessaires à sa genèse et à son épanouissement.

GEORGES TURPIN.

VARIÉTÉS

LES BRUITS ET L'ACTION PROPHYLACTIQUE

Par le Dr G. ICHOK

L'avènement du machinisme eut, pour conséquence, une série d'effets dont quelques-uns sont d'une actualité particulièrement tragique, à notre époque de crise et de chômage, engendrée par une surproduction extraordinaire. Maintenant que, dans les divers pays, un grand nombre d'instruments dus à l'esprit inventif des techniciens triomphants se trouvent arrêtés, on pense surtout au revers de la médaille.

Il serait du plus haut intérêt de passer en revue les méfaits (1) multiples et évitables, occasionnés par les progrès de la science, mise au service ou bien asservie, sans même qu'elle s'en doute ou le veuille, par le commerce et l'industrie. Notre article n'assumera pas cette tâche si vaste qui, disons-le de suite, n'a pas du tout pour but de prêcher le retour vers la période soi-disant bienheureuse de nos ancêtres, lorsqu'on ne connaissait point les conquêtes magnifiques, mais mal exploitées, d'un monde mécanique, dans son état admirable d'évolution continuelle. Notre but, de beaucoup plus limité, est tout simplement d'envisager le problème des bruits qui mettent à une dure épreuve la santé des malheureuses victimes, obligées de se trouver à la proximité ou dans les endroits mêmes dont l'atmosphère trépidante est remplie d'un vacarme nuisible.

D'une part, nous étudierons le bruit qu'on pourrait appeler industriel, et, d'autre part, le bruit urbain auquel se rattache, dans une certaine mesure, le bruit dit « domestique ».

A. **Les bruits industriels.** — Le mécanisme d'action des bruits est encore discuté. Sans entrer en détails, qu'il nous soit permis de faire état d'un rapport de M. Carozzi, au Bureau international du travail. D'après lui, les bruits agissent par leur intensité, leur hauteur, leur timbre. Les plus nocifs sont les plus intenses. Les expressions de « bruit sourd », « bruit léger », « grand bruit », employées souvent, ne fournissent que d'assez vagues renseignements. Mais, relativement parlant, il est assez facile de déterminer, au point de vue expérimental, l'intensité relative des bruits industriels et plus ou moins continus, en les comparant à d'autres bruits d'intensité constante. N'oublions surtout pas que la hauteur du son a plus d'importance que son intensité.

Sans donner la parole aux experts qui discutent sur la hauteur du son, en tant que l'élément essentiel, faisons simplement remarquer que les sons de hauteur élevée (aigus et très aigus), mais pas nécessairement très forts, produisent plus de lésions que les sons graves. Ainsi, le bruit des

(1) G. ICHOK, Les prétendus méfaits de la science et le corps médical (*Le Progrès médical*, n° 24, 11 juin 1932, p. 1054-1059).

VARIÉTÉS *(Suite)*

ateliers de fabrication de chaudières est plus nocif que le ronflement des ateliers de filage de coton ; la hauteur des coups de canon de petit calibre et des mitrailleuses est plus nuisible que celle des gros coups de canon. Bien que beaucoup plus difficile à évaluer que l'intensité, la hauteur peut, cependant, l'être par comparaison avec des sons de hauteur connue.

En se combinant avec la hauteur, le timbre donne, à certains bruits, le caractère particulièrement désagréable qui les distingue : bruit de râpe et ravalement de pierre blanche, grincement des scies ou limes. Lorsqu'il prend ce caractère pénible, le timbre est très important par l'action nocive qu'il exerce sur les tempéraments nerveux. Dans la pratique, le timbre est défini sans difficulté avec une précision suffisante. C'est par lui que l'on peut distinguer, sans les voir, les différents mécanismes en mouvement.

A ces caractères fondamentaux des bruits, il faut ajouter d'autres facteurs de nocivité. Tout d'abord, c'est la durée des bruits en eux-mêmes, c'est celle d'exposition aux bruits : plus les bruits sont de longue durée, plus ils sont nocifs et, dans les professions bruyantes, les travailleurs les plus frappés sont ceux qui y sont restés plus longtemps.

Dans la nocuité d'un bruit industriel, le rythme est un facteur également important. Les bruits, variables d'intensité, incertains et irréguliers dans le moment de leur production, sont plus nocifs que les bruits constants et ronronnants, auxquels on peut arriver à s'habituer. Le système nerveux reçoit une impression fâcheuse de la soudaineté de certains bruits courts et forts, éclatant à intervalles assez longs. Toutes autres conditions étant égales, les bruits soudains, intermittents, périodiques, plus ou moins réguliers, sont beaucoup plus pénibles.

Il faut également tenir compte de la résonance et de la réflexion du bruit favorisées éventuellement par la position de l'ouvrier par rapport au bruit. Le travail en pièce close est plus nocif qu'à l'air libre. C'est à ce titre que le martelage à l'intérieur d'une chaudière, la résonance des chantiers fermés, des locomotives, des tirs de marine, des tirs de stand sont très dangereux.

Outre la résonance, il ne faut point négliger le fait, à savoir s'il se mêle des vibrations aux bruits purs. Ajoutons encore que, bien entendu, de nombreux facteurs favorisent les dommages causés par les bruits et les vibrations, d'autant plus que très souvent ils agissent concurremment. Tous les métiers qui exposent le plus aux lésions de l'oreille moyenne ou du naso-pharynx, constituant par eux-mêmes une menace pour l'intégrité de l'ouïe, seront, à égalité de bruits, beaucoup plus nuisibles. Cependant, certains experts estiment que les lésions de l'oreille moyenne (suppurations, sclérose, etc.) jouent un rôle protecteur en arrêtant le passage des ondes sonores jusqu'à l'oreille interne.

Parmi les autres facteurs individuels, nous relèverons le rôle de la fatigue. Si l'on peut tolérer le bruit, s'il n'est pas complètement ignoré par ceux qui sont en bonne santé, une diminution de l'état de santé physique et nerveuse ne permet pas de résister à l'irritation et à la fatigue conséquente entraînée par la continuation des bruits forts. De plus, l'âge joue un rôle avec l'augmentation des lésions d'artériosclérose. Or, cette artériosclérose se produit surtout dans les professions comprenant des travaux physiques pénibles (porteurs de charges, forgerons, chauffeurs de machines). Le rôle des maladies intercurrentes (syphilis, notamment), en sensibilisant les neurones auditifs et centraux, n'est pas à sous-estimer.

Parmi les facteurs prédisposants, il faut encore citer : l'action des poussières (ateliers de préparation et de cardage dans les filatures de lin ; mécaniciens de locomotives) ; l'action de certains toxiques : mercure, sulfure de carbone, plomb surtout ; des vapeurs irritantes ou acides, des fumées, des gaz toxiques, qui marquent une prédilection pour les terminaisons nerveuses auditives ; les changements excessifs de température et de pression (aviateurs soumis à ces influences, en plus des bruits du moteur ; employés de chemins de fer exposés aux intempéries, à la suie et aux poussières). Relevons également l'action combinée de la chaleur et de l'humidité excessives dans certains cas (ateliers de filage de lin, etc.).

Cet aperçu, par trop sommaire, montre les innombrables voies dont profitent les bruits pour agir sur les oreilles, tout d'abord, et sur le système nerveux ensuite. Nous ne toucherons pas ici au chapitre qui devrait être connu de tous les otologistes, mais nous mentionnerons seulement les troubles dus essentiellement aux perturbations fonctionnelles du système nerveux central produits par l'action mécanique des bruits et vibrations.

Puisque la vibration directe est capable de provoquer de l'épuisement nerveux, il est assez difficile de faire la part du bruit proprement dit. D'une façon ou d'une autre, il y a lieu de signaler, avec M. Carozzi, qu'au point de vue économique, le bruit, même de peu d'intensité, entraîne une diminution notable de la capacité de travail, une diminution de rendement qui peut s'abaisser jusqu'à 40 p. 100 du rendement normal, et une augmentation du roulement de la main-d'œuvre.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Vu les répercussions fâcheuses des bruits sur le rendement et sur la santé, des mesures de prophylaxie ont été proposées. Il faut, avant tout, employer les moyens propres à assourdir l'ouïe. Le mieux est encore le tampon auriculaire d'ouate serré et mouillé ou imbibé de corps gras (vaseline, glycérine, etc.). De temps en temps, on les enlèvera pour permettre la ventilation et l'élimination de l'air chaud de l'oreille. On a fabriqué de nombreux protecteurs d'oreilles (pelotes obturatrices), mais l'on aura soin d'éliminer les types en métal qui peuvent, en se cassant, faire des morceaux qui pénètrent à l'intérieur de l'oreille.

La protection des ouvriers peut être assurée par l'emploi de substances isolant les vibrations : port de chaussures à semelles molles, utilisation de tapis de paille, de tresse de feutre ; de chaises spéciales à ressort, etc. ; mais, naturellement, tous ces moyens d'éliminer les vibrations varient selon les cas particuliers.

Toutefois, les mesures suivantes compléteront les moyens prophylactiques : *a*) visite médicale à l'embauchage, afin de permettre le choix des sujets et l'élimination des ouvriers atteints de maladies de l'appareil auditif (otosclérose, lésions de l'oreille moyenne, interne, insuffisance tubaire, etc.), ou prédisposés à ces maladies par des lésions de voisinage (troubles respiratoires), ou par leur constitution (anémie, neurasthénie, type adénoïdien). Les sujets les plus prédisposés pourront ainsi être exclus des ateliers les plus nocifs ; *b*) surveillance médicale périodique des ouvriers des industries bruyantes ; *c*) soins médicaux pour traiter, en temps utile, les troubles à leur stade de début ; *d*) mesures relevant de l'organisation scientifique du travail : changements d'équipes dans les travaux bruyants ; alternance des professions, ou plus simplement des opérations dans une même profession ; interdiction d'emploi des ouvriers non habitués aux travaux bruyants. Une bonne mesure consiste dans la réglementation des pauses de repos. Dans certains travaux très bruyants, il est recommandé d'interrompre le travail toutes les quinze à trente minutes par une petite pause.

Les mesures applicables à l'ouvrier ne sont pas toujours facilement réalisables, et l'on voudrait s'attaquer au travail nuisible lui-même. A cette occasion, l'on pense au contrôle médical à la suite duquel des mesures d'interdiction pourraient être édictées.

Pour terminer, ajoutons que le législateur peut apporter une aide efficace dans la lutte contre les bruits, tout d'abord en reconnaissant officiellement les industries bruyantes (industries incommodes) et ensuite, en étendant les bénéfices de l'assurance aux maladies professionnelles occasionnées par les bruits.

B. **Les bruits urbains.** — Entre les bruits industriels et urbains, il n'y a, en somme, qu'une question de degré. Cependant, il y a un intérêt pratique de les envisager à part, surtout lorsqu'on voudra provoquer des mesures spéciales d'ordre législatif et administratif contre les diverses nuisances, notamment contre l'automobilisme déchaîné.

L'hygiène mentale s'est préoccupée des bruits urbains, tout d'abord pour cette bonne raison qu'ils troublent les réactions psychomotrices. La thèse (1) de A. Leconte à la Faculté de médecine de Paris nous donne à ce sujet des renseignements instructifs et qu'on lira avec intérêt. L'auteur envisage particulièrement le bruit la nuit, c'est-à-dire vis-à-vis du sommeil.

Selon toute évidence, on s'habitue, dans une certaine mesure, à dormir dans une atmosphère bruyante, et certaines personnes assurent ne pouvoir s'endormir si elles n'ont pas le bercement des trépidations des autobus et du métro et le concert des différents bruits de la rue.

Pour comprendre le tort, fait par les bruits, au sommeil, on devra se rappeler que le sommeil ne marque pas un temps d'arrêt dans nos différentes fonctions : c'est une période de ralentissement, de diminution des échanges et de l'activité de nos organes et aussi de nos réactions. Tout le monde sait qu'un bruit violent fait tressaillir une personne endormie, et les expériences classiques de A. Mosso, sur le sommeil, ont montré l'extrême sensibilité de ce dernier au bruit.

Mosso poursuivit ses investigations sur un blessé porteur d'une large brèche cranienne pulsatile, et il écrit à ce sujet : « Bertino dormait... mais la dernière sentinelle du système nerveux veillait encore. Au plus léger bruit qui se faisait autour de lui, une onde sanguine envahissait la surface cérébrale. La cloche de l'hôpital venait-elle à sonner les heures, quelqu'un passait-il sur la terrasse, remuait-on une chaise, remontait-on une montre, quelque malade toussait-il dans la chambre voisine, cela suffisait pour modifier d'une manière très apparente la circulation du cerveau... Depuis une heure et demie, Bertino respirait régulièrement avec la forme et le rythme d'une personne endormie, je me levai avec beaucoup de précaution, je m'approchai de lui et... je l'appelai à voix basse par son nom : Bertino... La ligne du pouls s'éleva et le pouls devint plus fort. »

A force d'agir sur les pulsations, le bruit,

(1) Le bruit et ses effets dans la vie urbaine. Thèse inspirée par M. le professeur L. TANON.

comme nous le dit A. Leconte, finit par léser, même chez les normaux, l'appareil cardio-vasculaire. Le bruit détermine souvent de la tachycardie, de l'irrégularité du pouls, et ceci est d'une constatation facile dans la vie courante. Mais, chose plus importante, il est susceptible d'aggraver certaines maladies du cœur et des vaisseaux.

On peut, à cette occasion, citer les recherches de Kennedy, à Bellevue-Hospital, qui poursuivit des recherches consacrées à l'influence du bruit sur la tension artérielle, sur le pouls et la pression intracranienne. Pour étudier cette dernière, il opéra sur des trépanés ayant de larges brèches craniennes ; de cette façon, il a pu constater, par un dispositif spécialement combiné, que la pression est troublée par le bruit, qu'elle devient irrégulière et s'élève chaque fois que le bruit est perçu par le sujet. Sans citer d'autres recherches, il est permis de dire que toutes les expériences démontrent que les bruits subits déterminent une sorte de choc sur notre organisme. Celui-ci se manifeste surtout par l'accélération du pouls, les palpitations et l'ébranlement nerveux qui peut déterminer un degré léger d'inhibition passagère.

On pourrait, dans chaque ville, entreprendre des recherches scientifiques sur l'influence morbide des bruits. Dans un rapport dont les conclusions ont été adoptées par le Conseil supérieur d'hygiène de France, M. Bordas nous montre l'extension de ce fléau moderne qui finira un jour, il faut l'espérer, par provoquer de la part des pouvoirs publics une réglementation sévère. Comme le dit bien A. Leconte, il faut réduire les bruits et protéger les habitants contre les bruits qui restent inévitables. Voici les conclusions de la thèse instructive :

A. Il faut obtenir la réduction des bruits :

a. Par des lois et ordonnances obligeant les conducteurs de véhicules automobiles :

1° A ne pas faire usage de l'échappement libre ;

2° A posséder un klaxon, ou tout autre signal avertisseur, ayant une intensité modérée et une tonalité définie par un nombre de vibrations inférieur au diapason normal et produisant un son juste ;

3° A ne faire usage que de sons courts ;

4° A ne pas faire un usage intempestif et immodéré des dits signaux et ceci plus particulièrement pendant les stationnements rendus nécessaires par la circulation et pendant la nuit entre 10 heures du soir et 6 heures du matin ;

VARIÉTÉS *(Suite)*

5° A opérer les réparations et contrôles pouvant améliorer le bruit de leurs véhicules ;

6° A les charger de façon qu'ils soient aussi peu bruyants que possible.

7° Tout ceci s'étend évidemment aux véhicules et services publics.

b. Il est nécessaire que la police urbaine réglemente également :

1° Les appareils de radiophonie, machines parlantes, instruments de musique, etc., des magasins et des maisons d'habitation ;

2° Les endroits bruyants, lieux de réunion, concerts, fêtes foraines, etc.

B. Enfin, il faut protéger les habitants des bruits inévitables.

Pour cela, il est nécessaire :

1° D'étudier au point de vue de l'urbanisme une conception de la ville moderne ;

2° De confier à des gens compétents son extension, ou la création de villes nouvelles ;

3° De construire les immeubles destinés à l'habitation et plus particulièrement encore les hôpitaux, cliniques, maisons de cure ou de repos et aussi, et pour des raisons opposées, les salles de concert, de théâtre, danse, cinéma, réunion, de façon que le bruit ne puisse franchir leurs parois.

Tous seront d'accord avec les points énumérés qui peuvent servir de base aux hommes d'action, partisans résolus d'une réglementation sévère. Dans cette œuvre d'hygiène, avant tout mentale, les pouvoirs publics trouveront l'appui du corps médical. Les praticiens, qui écoutent les doléances de leurs clients, ne sauront pas rester inactifs en face d'un fléau dont l'extension menaçante prend des proportions inquiétantes.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES CHIRURGIENS

Les brûlures par bouillottes.

La responsabilité des chirurgiens, dont nous avons à maintes reprises examiné les conditions d'application, paraît avoir été lourdement élargie par un arrêt récent de la Cour de Paris.

On conçoit bien que le chirurgien soit responsable de ses propres actes et des fautes opératoires qui peuvent être établies quand elles révè-

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

lent soit une négligence, soit une maladresse bien précisée, ou quand elles constituent une de ces fautes lourdes qui sont incompatibles avec une compétence normale ; mais, jusqu'à présent, la responsabilité des chirurgiens s'arrêtait avec l'opération ; il n'était point tenu des conséquences du shock opératoire ni des incidents qui peuvent se produire au cours des soins qui suivent l'intervention : le malade opéré est transporté par des infirmiers dans sa chambre, il est couché, on place autour de lui des bouillottes pour rétablir la circulation normale du sang et réchauffer particulièrement les extrémités des membres. Ce n'est évidemment pas le chirurgien qui fait ce travail, ni qui le surveille. Dans la plupart des cas, pendant que le malade se réveille peu à peu, le chirurgien procède à d'autres interventions, et quand il vient examiner son opéré, il n'est pas dans les habitudes qu'il contrôle des soins qui sont dans la mission même des infirmières attachées à la clinique.

Cependant ces soins eux-mêmes peuvent avoir une importance, et il est arrivé que des bouillottes d'eau chaude, placées contre les pieds du malade, aient produit de graves brûlures. Le chirurgien en est-il responsable ?

Un arrêt de la Cour de Paris, du 4 juillet 1932, ayant statué sur cette question, a décidé que s'il est de pratique constante de charger les infirmières de suppléer les chirurgiens et les médecins pour certains soins immédiatement consécutifs à une opération, cette pratique n'a pas pour effet d'exonérer ceux qui s'y conforment de toute responsabilité. Et la Cour admet que la faute d'imprudence ou de négligence commise par l'infirmière est partagée par le chirurgien qui n'a pas donné à son malade ses soins personnels jusqu'au réveil et qui n'a pas contrôlé par lui-même l'exécution des instructions qu'il a données.

Ainsi les usages professionnels, même s'ils sont anciens, ne constituent pas une libération de toute responsabilité ; et même s'il est de coutume qu'une fois l'opération terminée le chirurgien laisse son malade entre les mains des infirmières pour qu'elles assurent les soins post-opératoires, il n'en demeure pas moins responsable des fautes commises dans l'exécution de ses instructions, tout au moins pendant cette période d'insensibilité et d'inertie qui suit l'opération.

C'est ce que juge un arrêt du 4 juillet 1932 (*Dalloz*, 1933-2-113) que nous publions *in extenso*.

« La Cour : Statuant tant sur l'appel principal

(Voir la suite page XIII)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

et incident des consorts C... de L... que sur l'appel principal de la dame G... d'un jugement du tribunal civil de la Seine du 16 janvier 1928 ; vu la connexité, joint les causes ; donne acte au Dr L... de ce qu'il s'en rapporte à justice sur le mérite de la jonction demandée.

« Au fond : Considérant qu'il n'est pas contesté que les brûlures dont se plaignent les consorts C... de L... ont été occasionnées par l'application de bouillottes d'eau portées à une température excessive, alors que la dame C..., qui venait de subir une intervention chirurgicale, se trouvait encore sous l'influence de la narcose ; qu'il est non moins établi, bien qu'elle tente de dégager sa responsabilité, que la dame G..., infirmière de la malade, a placé elle-même les bouillottes dans le lit de cette dernière; — mais considérant que si le rôle d'une infirmière consiste à assurer une surveillance constante sur sa malade, et si, à ce titre, la dame G... était tenue de se préoccuper dans l'espèce de la température de l'eau dont elle faisait usage pour les soins prescrits, il n'est pas douteux également qu'il incombait aux Drs P... et L... qui assistaient la dame de C... de vérifier personnellement si les bouillottes dont ils avaient préconisé l'emploi pouvaient être utilisées telles qu'on les présentait ; qu'ils devaient être d'autant plus circonspects en la circonstance que la demoiselle R... leur avait fait remarquer que celles qui venaient d'être apportées étaient brûlantes, et que, tenant compte de cette réflexion, le Dr L... avait donné des instructions pour qu'on les remplaçât ; que, cependant, et avant d'abandonner leur malade, ils ne se préoccupèrent ni l'un ni l'autre de savoir si leurs instructions avaient été suivies, attitude d'autant plus imprudente que l'expérience n'avait pas été sans leur apprendre que les accidents par brûlures identiques, en raison de l'insensibilité du patient, insensibilité qui persiste après l'anesthésie, sont des plus fréquents; — or, considérant que c'est dans cet état que se trouvait alors la dame de C... et que, demeurée sous l'influence d'un narcotique, incapable dès lors de manifester par une réaction quelconque une impression de douleur, elle dut subir l'application des bouillottes dont une simple palpation autorisée aurait aussitôt révélé la température anormale et dangereuse ; que cette simple constatation suffit pour démontrer la nécessité d'une surveillance attentive et prolongée de la part des chirurgiens et des médecins lorsque le malade auprès duquel ils s'empressent n'est pas encore définitivement sorti du sommeil consécutif à l'anesthésie et quand, demeurant du fait même de son inconsciente inertie, sous leur contrôle exclusif et sous leur responsabilité, il est en droit de ne compter que sur leurs soins personnels, abstraction faite de ceux qui pourront ultérieurement lui être assurés par des êtres dévoués, mais dont la vigilance, dans les instants toujours inquiétants qui suivent une opération, peut trop aisément se trouver en défaut ; que de ce qu'en raison d'une pratique à peu près constante les docteurs confient le plus souvent à leurs infirmières la tâche de les suppléer, pour certains soins qui s'imposent presque immédiatement après leur intervention, ne saurait découler qu'en s'y conformant, ils ne commettent ni faute ni imprudence et qu'en cas d'accident, ils puissent échapper à toute responsabilité ; que, dans l'espèce, cette responsabilité ne saurait être déniée;

(*A suivre*).

Adrien Peytel,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1934.

Notice nécrologique. — M. Tiffeneau lit une notice nécrologique sur M. Jean Cantacuzène (de Bucarest), membre associé depuis 1929, récemment décédé.

Rapport. — M. Marchoux donne lecture d'un rapport sur les centres de malariathérapie.

Résultats éloignés du traitement chirurgical des vertiges auriculaires. — M. A. Hautant expose les indications, la technique et les suites éloignées des interventions chirurgicales sur le labyrinthe dans les cas de vertiges invétérés, notamment dans les surdités unilatérales. Il insiste sur la nécessité de bien différencier les crises vertigineuses pures, survenant par accès, liées à un déficit vestibulaire, des crises vertigineuses sympathologiques avec manifestations vasomotrices intenses. Les premières seules sont d'ordre chirurgical. Suivant les cas, il préconise l'ouverture du vestibule ou bien celle d'un canal semicirculaire. Ces interventions sont sans danger et guérissent rapidement. Plus de 50 p. 100 sont guéris depuis une période de un à dix ans. Dans aucun cas, l'état n'a été aggravé. La trépanation du labyrinthe doit prendre place dans le traitement des vertiges prolongés.

La vaccination antipesteuse à Madagascar. — MM. Girard et Robic font connaître les résultats de leurs recherches entreprises depuis plusieurs années à l'Institut Pasteur de Tananarive, concernant la vaccination contre la peste.

Ils ont utilisé chez l'homme un vaccin vivant, préparé avec des bacilles de virulence atténuée. Pour la première fois, une vaste expérience de ce genre a été tentée, avec succès, sur la population des hauts plateaux de Madagascar. où la peste sévit sous ses formes bubonique et pul-

monaire. 15 000 vaccinations ont été pratiquées. Les premiers essais datent de dix-huit mois, et les résultats les plus favorables ont déjà été enregistrés.

Poussières et hygiène dans les mines de fer. La sidérose des mineurs et ses caractères. — MM. F. HEIM DE BALSAC et FEIL. — L'examen clinique des mineurs exerçant leur profession depuis plus de quinze ans ne révèle aucune action appréciable des poussières ferrugineuses sur le poumon.

10 à 15 p. 100 des mineurs du fond présentent des images radiographiques pulmonaires anormales, qui ne rappellent, en aucune façon, les images de la tuberculose, mais sont comparables à celles déterminées par les poussières de charbon, dans les mines de charbon non siliceuses. Ces images ne peuvent s'interpréter que par l'existence d'une pneumoconiose, sidérotique, tardive, discrète, qui s'allie à un excellent état général.

Il ne peut être question, dans les mines de fer, de silicose pulmonaire, mais d'un tatouage pulmonaire. Cette sidérose ne peut être considérée comme une véritable maladie professionnelle : elle n'influe pas sur la capacité de travail ; elle peut etre, pratiquement, évitée, par une série de mesures restrictives de la diffusion de la poussière dans les galeries de mines.

Emulsions diverses. Lysogytie. — M. DELBET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Juin 1934.

A propos de la propagation du virus zonateux. — MM. G. MARINESCO et ST. DRAGANESCO constatent que l'observation récente de MM. Netter et Ernoul vient confirmer l'hypothèse émise par Marinesco sur la pathogénie et la propagation du virus du zona et suivant laquelle l'élément cutané, la vésicule zostérienne doit être considérée comme un processus réactionnel de l'ectoderme, dû à la présence *in situ* d'un ultra-virus. C'est par l'intermédiaire de l'ectoderme (réalisant une efflorescence à ce même niveau ou même a distance dans un territoire en étroite connexion) que le virus neurotrope pénètre dans le nerf périphérique.

Pathogénie des hémoptysies et hémoptysies monosymptomatiques d'une tuberculose non évidente. — M. G. CAUSSADE, considère qu'il faut s'appuyer sur des notions expérimentales et anatomiques pour admettre que toute hémoptysie tuberculeuse est causée par une lésion vasculaire déterminant une béance plus ou moins prononcée d'un vaisseau d'une importance variable. Négligeant l'anévrysme de Rasmussen où le fait est évident, il rappelle les expériences de Pissavy et de Saidmann dans lesquelles le réseau capillaire du poumon soumis à une pression de plus de 4 mètres d'eau, conserve intégralement tout le liquide injecté, tandis que, avec une pression trois fois moindre, mais s'exerçant sur des vaisseaux altérés, le liquide les fait éclater et l'eau s'écoule par la trachée. Les preuves anatomiques sont fournies par : 1° la forme fibreuse de la tuberculose où la vascularisation très intense est formée par des vaisseaux dépourvus de toute paroi (adventice et endartère dégénérées) ; 2° par les nombreux vaisseaux situés à la périphérie de lésions caséeuses et infiltrantes ; veines et artères sont atteintes d'endartérite ou d'endophlébite, avec caillot le plus souvent oblitérant mais susceptible de se déplacer et de provoquer ainsi des hémorragies (pneumonie hémorragique de Tripier). Dans ces conditions, on s'explique que des causes multiples (émotion, traumatisme, secousses, compression thérapeutique, processus tuberculeux envahissant, augmentation de la pression sanguine de la petite circulation) interviennent pour agrandir ou provoquer une perforation. Tous ces phénomènes s'observent plutôt dans la syphilis artérielle du poumon où les caillots sont moins fréquents. Ces données sont utiles pour engager à pratiquer une thérapeutique rationnelle en recommandant spécialement les médications coagulantes.

D'autre part, la tuberculose pulmonaire peut être, surtout à son stade initial, monosymptomatique, que des hémoptysies ou que des congestions pulmonaires, récidivantes ou non, en soient les symptômes révélateurs.

Séance du 29 juin 1934.

La rœntgénothérapie des furoncles de la lèvre supérieure. — MM. M. FAURE-BEAULIEU, P. GIBERT et I. SOLOMON attirent l'attention de la Société sur les résultats favorables obtenus par cette méthode dans six cas personnels de cette redoutable localisation de la furonculose, que le traumatisme chirurgical risque d'aggraver au point qu'elle tend à devenir pour les chirurgiens un *noli me tangere* et contre laquelle le traitement médical semble peu efficace ; à ces six cas s'en ajoute un de furoncle de la joue, affection tout à fait comparable.

Tous leurs cas se sont terminés par une guérison rapide et complète, et selon un processus à peu près identique de l'un à l'autre : dans les heures qui suivent la première séance de traitement (qui souvent est restée unique), recrudescence des signes locaux physiques et fonctionnels ; peu après, ouverture d'un petit pertuis cutané qui donne issue à un suintement séreux ; enfin régression en quelques jours, le plus souvent sans suppuration proprement dite ni élimination de bourbillon.

Il y a intérêt à connaître cette précieuse application à une affection, contre laquelle on est d'autre part à peu près désarmé des travaux de Heidenhain et Fried touchant l'action des rayons X sur les affections inflammatoires aiguës. La valeur pratique en ressort des statistiques de Baensch, de Leipzig ; sur 105 cas de furoncle de la face (dont 21 de la lèvre supérieure et 24 du nez) traités par la rœntgénothérapie, 1,9 p. 100 seulement de cas mortels, parce que traités trop tard, après l'apparition des signes de thrombose du sinus caverneux, alors que 103 autres cas soignés autrement dans une clinique voisine comportèrent une mortalité de 10,7 p. 100.

M. TIXIER utilise habituellement dans ces cas le propidon.

M. TZANCK a obtenu avec le propidon des aggravations et des échecs.

M. GRENET souligne l'intérêt du bactériophage.

M. FAURE-BEAULIEU considère que l'injection *in situ* de bactériophage constitue un traumatisme dangereux.

La signification de l'azotémie et de la cholestérinémie. Le rôle de la rétention tissulaire. Le cycle des éliminations après stimulation thérapeutique des fonctions hépato-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

rénales. — MM. Léon Tixier et Marcel Eck rappellent combien il est difficile, chez les polyscléreux, de suivre la marche des lésions et d'établir un pronostic en se basant sur les dosages du sérum sanguin, de l'urée et de la cholestérine. Le sérum n'est qu'un intermédiaire entre les tissus et les émonctoires, il n'est pas toujours un témoin de la vie intime des tissus.

La clinique, l'épreuve de régime peuvent faire soupçonner une rétention tissulaire qui n'est pas traduite par l'analyse de sérum.

La stimulation de la cellule hépatique et des éliminations biliaires et rénales sous l'influence des injections intraveineuses d'extrait cristallisé de cynara peut mettre en évidence la rétention tissulaire et l'influencer favorablement.

Psychoses d'origine sérique. — M. Tzanck et Mlle Abadi rapportent un cas de psychose d'origine sérique survenu chez un enfant à la suite de sérothérapie antitétanique et précédé d'urticaire. Ils en rapprochent des manifestations mentales, rares d'ailleurs, survenues au cours de la chimiothérapie. Ces faits auraient pour eux la valeur de véritables équivalents psychiques de l'intolérance.

Intolérance à type de néphrose lipoïdique. — MM. A. Tzanck, Laudat et Pautrat rapportent deux observations de néphrose lipoïdique survenue après des doses minimes de médicaments antisyphilitiques. L'existence d'observations comparables à la suite de la médication aurique, et même à la suite de la sérothérapie, permet selon eux d'individualiser une forme d'intolérance rénale à type de néphrose lipoïdique.

Ce fait vient à l'appui de la conception défendue par les auteurs français, qui voient dans la néphrose lipoïdique un type clinique et humoral dont la constatation ne permet de préjuger ni des agents étiologiques en cause, ni de la nature de l'affection. C'est un syndrome dans le sens le plus vaste du terme, c'est-à-dire un aspect clinique pouvant relever de processus pathologiques très différents.

La croissance chez les diabétiques. — MM. Marcel Labbé et Gringoire constatent que sur 74 enfants diabétiques, 85 p. 100 ont au début du diabète une taille supérieure à la normale. Mais dès l'apparition du diabète malgré un régime bien équilibré et un traitement insulinique, la croissance est ralentie dans 75 p. 100 des cas.

Le développement sexuel et l'apparition de la puberté sont très retardés ; une seule enfant est réglée et l'a été à vingt-quatre ans pour la première fois.

Les auteurs pensent qu'on ne doit pas attribuer ce retard de développement à une alimentation défectueuse ou à un trouble thyroïdien, hypophysaire ou génital. Ils se demandent si le pancréas ne joue pas un rôle dans la croissance et s'il n'existe pas un infantilisme d'origine pancréatique.

M. Paraf rappelle qu'il a décrit avec Nobécourt un diabète hypophysaire.

Statistique actuelle de la chrysothérapie à la clinique de la tuberculose. — MM. Léon Bernard et Ch. Mayer apportent leur statistique globale qui porte sur 1 471 cas ; sur ce total ils comptent 60,6 p. 100 d'améliorations.

Cette statistique n'a d'ailleurs cessé de s'améliorer, puisque la première statistique comptait un pourcentage de 51,6 p. 100 d'améliorations et que la troisième en compte 65,5 p. 100.

Cette dernière statistique porte sur 755 cas ; après avoir éliminé 351 cas traités depuis moins de six mois, l'auteur compte 265 améliorations dont la moitié sont très importantes et 139 échecs. Il emploie le thiosulfate double d'or et de sodium en injections intraveineuses, associé avec le gluconate de sodium, ce qui permet de réduire considérablement les accidents. Il met entre les injections un intervalle de huit jours et monte jusqu'à 50 centigrammes. Il continue le traitement de façon continue et a atteint dans un cas une dose totale de 70 grammes d'or en quelques années. Il n'a jamais observé d'accidents vrais. Le traitement aurique, sans être spécifique, est la meilleure des médications chimiques antituberculeuses.

M. René Bénard a observé, au cours de la chrysothérapie, une érythrodermie exfoliante et une albuminurie; mais ces accidents sont exceptionnels. Il cite un cas dans lequel l'amélioration obtenue fut particulièrement démonstrative.

Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile. — MM. Labbé, Boulin, Uhry et Antonelli rapportent l'observation d'un malade présentant :

1° Des signes d'encéphalopathie infantile : arrêt du développement physique et intellectuel, anomalies morphologiques, crises d'épilepsie ; on peut discuter à l'origine de cette encéphalopathie soit l'hérédité alcoolique (père mort d'alcoolisme), soit l'hérédo-syphilis (vitiligo très étendu);

2° Un syndrome basedowien : tremblement, tachycardie permanente, rétraction de la paupière supérieure, amaigrissement, hypermétabolisme. A noter cependant l'absence de goitre, d'exophtalmie et l'inefficacité du traitement iodé.

Cette observation peut être interprétée comme une association fortuite d'encéphalopathie infantile et d'une maladie de Basedow atypique ; mais la survenue simultanée de signes témoignant de la progression de l'encéphalite (épilepsie) et du syndrome basedowien permet d'envisager à l'origine de cette maladie de Basedow l'atteinte de centres encéphaliques, en particulier d'un centre du métabolisme.

Hémoptysies des cardiopathies et tuberculose. — M. Laubry, à propos de la récente communication de M. Caussade, montre que dans la majorité des observations rapportées par cet auteur, il était difficile de faire la preuve de l'origine tuberculeuse des hémoptysies. Il montre les causes cardiaques multiples qui peuvent donner des hémoptysies.

M. Léon Bernard souligne le peu de créance qu'il faut accorder aux conclusions de Löwenstein en ce qui concerne l'origine tuberculeuse du rhumatisme articulaire aigu ; ses résultats sont fondés en effet sur une supercherie de laboratoire ; cet auteur a néanmoins eu le mérite de trouver une excellente méthode de culture. Il montre les difficultés du diagnostic de la stase pulmonaire.

Remarques sur les cardiopathies évolutives chez l'enfant. — MM. H. Grenet et François Joly, à propos d'une communication récente de MM. Caussade et Amsler, étudient le rôle possible des infections associées, et spécialement de la tuberculose, dans l'évolution des cardio-

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

pathies rhumatismales chez l'enfant. Sauf exceptions, ce rôle paraît négligeable. Ni les hémocultures, ni les examens de sang, ni la recherche des bacilles de Koch, ni les réactions à la tuberculine ne permettent de le soupçonner. Plusieurs malades ont pu être suivis pendant des années, sans présenter jamais de localisations autres que celles, spécifiquement rhumatismales, dont ils étaient atteints. Les constatations nécropsiques plaident dans le même sens, et aux autopsies de sujets morts au cours d'une cardiopathie rhumatismale évolutive, on n'a trouvé que les lésions habituelles du cœur rhumatismal, sans rien qui puisse faire suspecter quelque infection d'autre nature.

Ce n'est que dans des cas fort rares que la nature purement rhumatismale des accidents a pu être mise en doute. Que, chez l'adulte, des infections secondaires, au nombre desquelles se trouve la tuberculose, jouent dans les accidents des cardiopathies un rôle important, nous ne le nions pas. Mais chez l'enfant le rhumatisme demeure d'ordinaire à l'état de pureté et suffit le plus souvent à expliquer les poussées successives et l'évolution des accidents cardiaques.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1934.

A propos de l'ostéosynthèse dans les fractures du fémur. — M. FREDET apporte les résultats de sa propre expérience. Il insiste particulièrement sur l'asepsie qui doit être rigoureuse, sur le rôle capital des aides, sur la nécessité de très larges voies d'abord. A ce sujet il adopte, suivant les cas, l'incision antérieure ou externe : en principe, incision externe pour les fractures hautes, antérieure pour les fractures basses. Il est en outre nécessaire d'utiliser un matériel de synthèse très résistant et l'auteur n'hésite pas à utiliser, si besoin, deux plaques. Enfin il est préférable de pratiquer l'ablation de la prothèse lorsque la consolidation a été vérifiée par la radiographie.

M. ALGLAVE, contrairement à M. Fredet, est partisan de la mobilisation très précoce, vers le dix-huitième jour.

M. SORREL préfère éviter l'ostéosynthèse.

M. OMBRÉDANNE juge que l'ostéosynthèse à prothèse perdue est désastreuse chez l'enfant.

M. MATHIEU tient à bien dire que la broche de Kirschner peut provoquer des accidents, section de l'os, ouverture de l'articulation.

Volvulus aigu du cæcum. — MM. SAUVÉ et LEJEUNE ont opéré et réséqué deux cas de volvulus aigu du cæcum ; les deux malades ont guéri.

M. DUVAL, dans tous les cas, a trouvé une bride et conseille de la chercher avec grand soin pour la seetionner.

M. MONDOR, en un an, a observé 4 volvulus dont un cæcal.

M. ROUX-BERGER demande les signes distinctifs entre le volvulus vrai et la simple coudure ou angulation.

M. GRÉGOIRE insiste à nouveau sur le rôle des brides.

Sympathectomie et tuberculose pulmonaire. — M. CELESTINO ALVAREZ (Ovido), dans un travail que rapporte M. PROUST, expose du point de vue théorique ce qu'il espère de la sympathectomie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et les résultats des études anatomiques qu'il a pratiquées.

Anévrysme cirsoïde. — M. LOUIS BAZY présente de très belles radiographies d'un anévrysme cirsoïde de la main obtenues par injection au thorostrat.

Arthroplastie du genou. — M. HENRI REDON présente une malade opérée depuis deux ans et dont le résultat fonctionnel est satisfaisant.

Séance du 20 juin 1934.

Ostéosynthèse chez l'enfant. — M. OMBRÉDANNE démontre par une série de projections les très mauvais résultats de l'ostéosynthèse à matériel perdu chez l'enfant. Il est résolument partisan de l'ostéosynthèse temporaire par fixateur externe.

Abcès du cerveau. — M. FEREY, chez deux malades, a pratiqué, après l'intervention, l'aspiration à travers le drain. Guérison.

Fractures supra-condyliennes de l'humérus. — M. LEVEUF, dans les fractures irréductibles, pratique une réduction sanglante avec enchevillement osseux et obtient de bons résultats.

M. SORREL rappelle que Broca avait abandonné les interventions sur le coude qui donnent de bons résultats immédiats, mais souvent de mauvais résultats éloignés.

M. BRÉCHOT remarque que ces interventions ne sont possibles que chez le grand enfant.

M. MOUCHET préfère la voie latérale menant derrière le long supinateur pour éviter la rétractilité de la cicatrice, et la contusion du nerf radial.

Perforation utérine au cours du curettage. — M. PICOT résume la discussion en cours, rappelle tous les accidents possibles après perforation utérine, signale les raisons d'intervenir. Cette question peut cependant être discutée pour certaines perforations survenant lors d'un curettage aseptique pratiqué par le chirurgien lui-même.

Fistule biliaire après gastrectomie. — M. OKINCZYC rapporte ce travail de MM. FRAUCKE et FALCOIANU. C'est au cours des résections d'ulcères perforants de l'estomac et du duodénum que la lésion du cholédoque peut se produire, et l'écoulement de la bile n'est pas toujours immédiat. Guérison par cholécysto-jéjunostomie.

Ictères par rétention. — M. OKINCZYC relate un travail de M. GOINARD : cet auteur a observé un ictère chronique par rétention sans obstacle sur la voie biliaire et qui guérit par cholécystostomie.

Présentation de radiographies. — M. P. DUVAL présente des radiographies d'une ostéite kystique de tout la diaphyse tibiale, avec un examen histologique de Lecène. Résection diaphysaire. Greffe d'un péroné sain. Quatre ans plus tard, la greffe présente les signes d'une ostéite kystique.

Présentation de pièce. — M. CUNÉO présente la pièce et les radiographies d'une curieuse tumeur osseuse.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mai 1934.

L'indice chromique résiduel chez le chien dépancréaté. — MM. LÉON BINET et MICHEL POLONOVSKI ont vu chez cinq chiens dépancréatés non traités par l'insuline, l'indice chromique résiduel augmenter de façon considérable, parallèlement à l'élévation de la glycémie. Chez deux

autres chiens dépancréatés et traités par l'**insuline**, les variations de l'indice chromique résiduel accompagnent régulièrement celles de la glycémie. Les auteurs concluent que l'étude de cet indice renseigne utilement de façon globale, sur le métabolisme intermédiaire glucidique.

Le role des poux dans l'épilepsie de Brown-Séquard du cobaye. — MM Ph. Pagniez, A. Plichet, P. Salles et R. Laplane rappellent que la zone épileptogène chez les cobayes préparés par la méthode de Brown-Séquard est envahie par de très nombreux poux, phénomène qu'avait déjà vu Brown-Séquard lui-même. Or, l'épouillage de cette zone épileptogène, soit par le xylol, soit par la simple tonte des poils, a pour effet de supprimer complètement l'aptitude épileptique. Avec la repousse des poils, les parasites envahissent de nouveau la zone et on peut derechef déterminer par son pincement une crise d'épilepsie comme avant l'épouillage.

Les albumines du sang dans la paralysie générale avant et après malariathérapie. — MM. P. Mollaret et J. Tonnet ont constaté, chez 9 paralytiquesgénér aux impaludés, des modifications des albumines du sang plus variables qu'après pyrétothérapie par l'huile soufrée. Le taux de l'albumine totale baisse dans les deux tiers des cas, mais le quotient albumineux présente dans la paralysie générale une élévation importante, s'opposant à la diminution habituellement constatée pendant la période secondaire de la syphilis.

De l'existence d'une dissociation physiologique entre la sécrétion du liquide folliculaire et celle de la folliculine. — M. René Moricard rappelle que, par action des rayons X sur l'ovaire de souris adulte, Parkes a pu montrer qu'en l'absence de développement folliculaire, il y a persistance de sécrétion de la folliculine. Ces faits étant en contradiction avec les expériences d'Allen et Doisy, d'Aschheim et Zondek, ont amené à rechercher si on ne pouvait pas considérer la sécrétion de la folliculine et du liquide folliculaire comme étant deux phénomènes habituellement simultanés mais différents.

L'étude du chondriome et de la zone de Golgi des cellules de la *granulosa* amène à conclure que le liquide folliculaire sécrété par les cellules de la *granulosa* ne peut sortir du follicule en développement. La folliculine qu se trouve dans le liquide folliculaire est très vraisemblablement sécrétée par les cellules de la thèque interne, d'où elle pénétrerait dans le liquide folliculaire.

Ne pourrait-on pas considérer le liquide folliculaire comme assimilable à une sécrétion exocrine contenant de a folliculine et rechercher si le liquide folliculaire et les hormones qu'il contient ne jouent pas un rôle capital dans la maturation et la nutrition de l'ovocyte lors de sa migration dans la trompe ?

Nouvelle méthode d'exploration de la circulation cérébrale par la mesure simultanée de la pression artérielle rétinienne et de la pression artérielle générale. — MM. G. Ungar et P. Desvignes pensent que la comparaison entre les modifications de la pression rétinienne et celles de la pression artérielle générale peut renseigner avec précision sur les réactions vasomotrices cérébrales dans diverses conditions.

Action des substances sympathicolytiques sur la mydriase et la sudation adrénaliniques. Rapports avec les phénomènes de libération. — M. G. Ungar et Mlle M.-R Zerling ont constaté que l'administration préalable d'ergotamine ou de yohimbine permet à l'adrénaline d'exercer ses actions mydriatique et sudorale, alors que ces actions ne se manifestent pas sur l'animal non préparé et sur les organes normalement innervés. Les sympathicolytiques pourraient donc, dans certains cas, au lieu de produire une inversion, libérer un effet sympathique latent.

Sur l'immunité antitétanique naturellement acquise chez quelques espèces de ruminants. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer ont constaté que les bovidés d'Afrique et d'Asie, de même que ceux de France et d'Italie, sont capables d'acquérir l'immunité antitétanique. Les autres ruminants, zébus, buffles, chameaux, dromadaires, peuvent également acquérir cette immunité. La richesse relative en antitoxine spécifique des sérums des ruminants semble être en rapport avec la flore microbienne du sol sur lequel vivent ces animaux, et l'immunité antitétanique se montre d'autant plus prononcée que les terrains sont plus tétanigènes.

La présence d'antitoxine tétanique d'origine naturelle en quantité plus ou moins abondante chez la plupart des représentants des espèces de ruminants examinés (bovins, ovins, caprins, buffles, zébus, chameaux, dromadaires), son absence chez l'homme, le cheval, le porc et le chien, viennent apporter de nouveaux arguments à l'appui du rôle favorisant des réservoirs gastriques dans le mécanisme de l'immunité antitétanique naturelle chez les ruminants.

La thyroïde de souris porteuses d'une greffe de lymphosarcome. — MM. L. Mercier et L. Gosselin ont constaté que chez les souris porteuses de tumeurs de greffe et n'ayant pas atteint l'âge du cancer (quatre mois), la thyroïde présente une structure qui peut être interprétée comme correspondant à un métabolisme peu différent de celui de souris normales de même âge, tandis que chez les souris atteintes spontanément de lymphasarcome, la thyroïde possède une structure traduisant un phénomène d'hyperactivité très accentué.

Une greffe de tumeur pratiquée sur une souris avant l'âge de la diathèse cancéreuse se comporte donc vis-à-vis de la thyroïde comme une greffe homéoplastique d'un tissu sans spécificité marquée.

Action comparative sur la croissance du cobaye, du blé germé, du blé bouilli et du son. — M. P. Lépine et Mlle F. Bilfinger, recherchant l'action eutrophique des graines sur des cobayes dont la croissance est ralentie ou arrêtée par un régime carencé, ont constaté que la germination à laquelle on soumet préalablement les grains de blé est une complication inutile, car les grains de blé dont le germe a été tué par ébullition donnent des résultats identiques ou supérieurs à ceux donnés par le blé germé. L'effet obtenu chez les témoins à la ration desquels on ajoute 25 grammes de son, montre que l'action eutrophique est due aux substances contenues dans le périsperme des grains.

Relation entre le développement des bacilles lactiques d'origines différentes, cultivés sur bouillon de touraillon, et la quantité d'acide lactique produit. — M. H. Villette signale que, en général, le nombre des bacilles et la quantité d'acide lactique croissent en même temps, sans qu'il y ait proportionnalité entre la durée de la culture

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

et la quantité de bacilles, ni entre la quantité de bacilles et celle de l'acide lactique produit.

En cultures prolongées, la production d'acide lactique ralentit pendant que le nombre de bacilles croît encore, puis décroît ultérieurement. Le rapport entre l'acide lactique produit et le nombre de bacilles varie avec les races microbiennes.

Sur un principe toxique cataleptisant décelé dans la bile de tubage duodénal de cinq malades atteints d'ictère. Catatonie et ictère. Données expérimentales et cliniques. — MM. H. BARUK et LOUIS CAMUS.

Les paralysies biliaires expérimentales. — MM. H. BARUK et LOUIS CAMUS.

Les effets oculaires, particulièrement sur la pression artérielle rétinienne, de la sympathectomie carotidienne chez l'homme. — MM. MAGITOT et DESVIGNES.

La courbe d'absorption des solutions d'azobilirubine en fonction du pH. — MM. MARCEL LAEMMER et J. BECK.

Le dosage de la bilirubine dans le sang. — MM. M. LAEMMER et J. BECK.

Séance du 2 juin 1934.

L'équilibre glycémique du sang défibriné en perfusion hépatique. — MM. N. FIESSINGER, HENRI BÉNARD, R. CATTAN et M. HERBAIN, après avoir perfectionné la technique de perfusion de façon à permettre une conservation aussi longue que possible de la vitalité de l'organe, constatent que le sang perfusant se charge constamment en glucose et que cette élévation du glucose sanguin est le plus souvent proportionnelle à la charge en glycogène du foie perfusé. Les foies peu chargés en glycogène par inanition, épuisement ou dégénérescence, ne donnent qu'une élévation minime du glucose. L'adjonction d'insuline au sang circulant avec ou sans une certaine dose de glucose commercial n'arrive pas à fixer ce glucose dans le foie et à augmenter le taux en glycogène. Avec le glucose hépatique, les auteurs montrent, dans l'expérience du double foie, que l'on n'obtient pas plus de glycogène. Le blocage par l'encre de Chine ne change rien à ces résultats. Ces recherches montrent l'instabilité du glycogène hépatique et la facilité de sa libération.

Diminution de la lactacidémie dans le sang défibriné et oxygéné perfusant le foie chez le chien. — MM. NOEL FIESSINGER, HENRI BÉNARD, M. HERBAIN et L. DERMER observent dans les perfusions hépatiques une diminution constante de la lactacidémie ; cette diminution n'est pas influencée par l'adjonction d'insuline ou de thyroxine, par l'existence d'une hépatite phosphorée, par la dépancréatisation antérieure, ni par le blocage à l'encre de Chine. Il n'existe pas de proportionnalité entre l'augmentation de la glycémie et la diminution de l'acide lactique. Il est vraisemblable qu'une partie de cet acide est transformée en glucose, mais la glycogénolyse empêche d'en apprécier la valeur.

Action des rayons γ du radium sur le virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN, M[lles] Y. MANIN et R. SCHŒN ont constaté que les rayons gamma du radium appliqués à la dose de 7 millicuries 5 ne provoquent aucune modification morphologique ou biologique du virus syphilitique *in vitro*, n'exercent aucune action sur l'évolution clinique et la richesse tréponémique du syphilome du lapin *in vivo*, n'influencent pas la syphilis inapparente de la souris.

Action des rayons de la lampe à mercure sur les propriétés chancrigènes du virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et M. PAIC concluent que, contrairement aux rayons γ du radium, les radiations de la lampe à mercure suppriment *in vitro* l'activité chancrigène du virus syphilitique, si l'irradiation dure trente minutes, et cela aussi bien pour la forme tréponémique de ce virus que pour son état infravisible. Cette perte des propriétés chancrigènes est cependant compatible avec la mobilité et la vitalité du *Treponema pallidum*.

Infection tréponémique utéro-ovarienne et cycle œstral folliculinique chez la souris blanche. — MM. C. LEVADITI, R. SCHŒN, Y. MANIN et A. VAISMAN ont constaté sur trois séries d'animaux non castrés, castrés unilatéralement, ou enfin castrés totalement, que le cycle œstral provoqué par l'administration de la folliculine n'influence pas manifestement l'infection tréponémique utéro-ovarienne de la souris blanche.

La réaction de Vernes. résorcine chez le cobaye. — MM. RAOUL VAURS et JEAN RENARD ont effectué la réaction de Vernes-résorcine chez 350 cobayes d'âge, de poids, de provenance différents ; ils ont étudié l'action de la gestation, de la digestion, l'influence propre du sérum sur le résultat de la réaction. Le chiffre moyen est de 14,4 chez la femelle pleine. La digestion n'a pas d'influence marquante sur les chiffres moyens, mais elle pourrait donner des résultats aberrants ; or, aucune précaution ne semble superflue avant de baser le diagnostic de tuberculose sur la seule obtention d'un chiffre.

Réaction de Bordet-Wassermann avec des sérums préalablement soumis à l'action de certains sels. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, N. KOSSOVITCH et M[lle] G. KATZ, reprenant leurs travaux antérieurs, montrent par l'examen de 100 sérums que le contact avec certains sels de mercure, d'arsenic ou de bismuth rend négatifs à la réaction de Bordet-Wassermann quelques sérums qui étaient auparavant positifs à cette réaction. Ils étudient les modalités de cette réaction ; pour un même sérum les résultats sont très variables suivant le sel employé. Il y aurait intérêt à étudier la valeur de cet « hémo-test » de sensibilité sanguine vis-à-vis de tel ou tel médicament antisyphilitique, en confrontant avec les données cliniques les résultats fournis par le laboratoire.

Durée de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et M[me] A. HUGO ont sensibilisé 21 lapins par trois injections sous-cutanées de 5 centimètres cubes de sérum de cheval, faites à trois jours d'intervalle. Ces lapins ont été éprouvés par une injection intraveineuse de 2 centimètres cubes de sérum dans un intervalle de temps variant de 58 à 121 jours après la dernière injection sensibilisante, le choc anaphylactique étant démontré par l'enregistrement de la chute de la pression artérielle.

Quand les lapins reçoivent l'injection déchaînante aux environs du soixante-dixième jour après la dernière injection sensibilisante, certains font un choc anaphylactique, d'autres n'en font pas. Cette date du soixante-dixième jour semble être une date limite. En effet, sauf une exception, tous les lapins recevant l'injection déchaînante au

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

delà de cette date n'ont pas présenté de choc anaphylactique. La durée de l'état anaphylactique conféré à un lapin semble donc relativement courte.

Une injection déchaînante chez un lapin sensibilisé n'est pas désensibilisante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauri et Mme A. Hugo ont repris l'étude de la désensibilisation chez le lapin en prenant comme test du choc anaphylactique la courbe de pression artérielle. Ils concluent que les lapins sensibilisés, qui ont fait à la suite d'une injection déchaînante un choc anaphylactique, ne sont pas désensibilisés ; ils sont seulement protégés par ce choc anaphylactique pendant une période qui semble être de quarante-huit heures environ.

Sur l'influence du fractionnement des doses de vaccin dans la prémunition antituberculeuse par le BCG. — M. L. Nègre montre que les cobayes qui ont ingéré 5 centigrammes de BCG en cinq prises de 1 centigramme effectuées tous les deux jours, présentent une proportion de réactions positives à la tuberculine plus élevée et une résistance à une infection tuberculeuse d'épreuve un peu plus marquée que ceux qui ont absorbé par la voie buccale la même quantité de BCG en une seule fois.

Sur le parasitisme du bacille tuberculeux aviaire dans l'organisme du cobaye. — MM. A. Boquet, A. Saenz et L. Costil ont réussi, en employant la voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, par passage en série de cobaye à cobaye, à entretenir une souche de bacille aviaire pendant dix-neuf mois, avec multiplication évidente de ce germe dans cet organisme. Des faits identiques ont été constatés chez un cobaye inoculé par voie sous-cutanée avec 10 milligrammes d'une souche de bacilles aviaires et gardé en observation pendant deux ans : cet animal fut trouvé indemne de lésions tuberculeuses viscérales ; par contre des ganglions inguinaux hypertrophiés et du pus des articulations enflammées, on a cultivé un bacille identique à la souche d'origine.

La virulence d'un microbe consiste donc non seulement dans son aptitude au parasitisme, mais aussi, indépendamment de sa toxicité, en ce que l'on désigne habituellement sous le nom d'agressivité ou de pouvoir agresseur, par une sorte de conception anthropocentrique de ses propriétés pathogènes.

Connexions du noyau de la bandelette optique et du noyau accessoire de la bandelette avec le noyau périventriculaire du tuber cinereum. — M. J. Nicolesco pense que la voie de connexion émise par le noyau de la bandelette optique et dirigée le long de la direction de ses neurones aberrants, semble être une formation efférente centrifuge, destinée à établir des connexions avec le noyau périventriculaire juxta-trigonal du tuber cinereum.

La migration des îlots aberrants du noyau accessoire de la bandelette optique vers le noyau périventriculaire, de même que certains faits d'ordre histologique, concernant la pathologie humaine de la région infundibulo-tubéro-hypophysaire, fournissent une base anatomique à cette interprétation.

Action des venins et anavenins sur le sarcome de Rous de la poule. — MM. E. Grasset et M. des Ligneris ont observé que, chez un certain nombre d'animaux traités, les venins et anavenins de cobra et de vipère déterminent un retard soit dans l'apparition, soit dans l'évolution du sarcome de Rous chez la poule. Mais ils n'ont pu reproduire ces résultats en série, ce qui les amène à conclure à une action non spécifique, similaire à celle causée par différents agents, infections et toxines microbiennes. Une action inhibitrice a été également observée chez des mammifères porteurs de mélanomes, soumis à des injections de venin et anavenin de cobra, mais cette régression ne s'est pas maintenue, en conséquence, semble-t-il, de l'apparition de l'immunité antivenimeuse.

Sur la gélification rapide par l'acide lactique des sérums de sujets atteints de kala-azar. — M. H. Violle, étendant les recherches de Kopaczewski sur la gélification des sérums par l'acide lactique, a constaté que les sérums des sujets humains ou animaux (chiens) atteints de kala-azar se gélifient en présence de ce corps avec beaucoup plus d'intensité que les sérums normaux.

Présentations d'ouvrages. — M. Laugier présente à la Société une brochure de M. Eugène Schreider sur les *Facteurs physiologiques et psychologiques de la prédisposition aux accidents* (publication du *Travail humain*, Conservatoire des Arts et Métiers de Paris). Cet ouvrage constitue un exposé des recherches effectuées jusqu'à ce jour pour déterminer les caractères physiologiques, psychologiques qui permettent de différencier les sujets prédisposés à provoquer des accidents ou à en être victimes. Dans une préface, M. Laugier a exposé le principe rationnel des recherches biotypologiques, systématiques et coordonnées qui s'imposent si l'on veut faire progresser efficacement nos connaissances dans ce domaine. Une bibliographie abondante termine l'ouvrage.

M. Dujarric de la Rivière offre à la Société de biologie un exemplaire de son ouvrage récent sur *L'immunité par mécanisme physico-chimique*, préfacé par M. le professeur d'Arsonval.

Séance du 15 juin 1934.

Recherches sur l'excrétion comparative des principes biliaires au cours des cholérèses expérimentales. — MM. Et. Chabrol, R. Charonnat, Jean Cottet et Marcel Cachin ont observé sur des chiens chloralosés, porteurs d'une fistule cholédocienne après exclusion de la vésicule, que les pigments biliaires, les taurocholates et la cholestérine n'étaient pas excrétés suivant des lois rigoureusement superposables. La concentration des pigments varie en raison inverse du débit hydrique de la bile, alors que pour les sels et la cholestérine la concentration et le volume évoluent dans le même sens ; le chlore biliaire obéit à cette dernière loi.

On peut amplifier ces phénomènes avec l'atophan et l'acide cholalique. Ce n'est qu'en fin d'expérience que la proportion des sels et de la cholestérine vient à baisser, sous l'effet d'une cholerragie prolongée. L'acide cholalique de même que la bilirubine peut, à lui seul, entraîner de remarquables excrétions de la cholestérine ; les éliminations dissociées des principes biliaires ne sont pas étroitement subordonnées à l'introduction dans l'économie d'un principe électif.

Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal par la réaction phospho-vanillique. — MM. Et. Chabrol, R. Charonnat, Jean Cottet et Marcel Cachin ont appliqué au liquide duodénal la réaction phospho-vanillique qu'ils ont proposée

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pour le dosage des sels biliaires du sang. La bile ne renfermant point de substances parasites susceptibles d'induire en erreur avec cette technique, ils évitent la déperdition de glyco-taurocholates que provoquent les défécations par l'acétate de plomb ; tout en gagnant en précision, la méthode offre sur les précédentes l'avantage de la rapidité. Lorsqu'on dispose d'une gamme d'étalons colorés à base de phosphate de cobalt, on peut pratiquer un dosage colorimétrique direct ; sinon, on a recours à la méthode de l'anneau limite.

Date d'apparition de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé. — MM. Pasteur Vallery-Radot, C. Mauric et Mme A. Hugo montrent que l'état anaphylactique chez le lapin peut s'installer entre le septième et le onzième jour. Il est ordinairement plus précoce quand on utilise pour la sensibilisation les voies intraveineuse, intramusculaire ou intrapéritonéale ; plus lent quand on utilise les voies sous-cutanée ou intradermique. Les chiffres précédents (septième-onzième jours) représentent les durées *minima* pour l'obtention de l'état anaphylactique ; cet état peut mettre un peu plus de temps à s'établir.

Les auteurs montrent, d'autre part, que l'état anaphylactique n'apparaît pas d'une façon particulièrement précoce avec des injections sensibilisantes faites à très faible dose.

Étude sur le sang de la stase provoquée. — M. J. Bourdillon signale que chez l'homme normal une stase de cinq minutes suffit pour déterminer dans le sang de la ponction veineuse des modifications constantes : baisse du *p*H d'environ 0,10 ; légère baisse du CO^2 combiné ; augmentation du résidu sec et du volume globulaire. Chez les néphritiques chroniques sans œdèmes, les résultats sont les mêmes ; quand il existe des œdèmes, l'augmentation du résidu sec est considérable et le CO^2 combiné semble augmenter au lieu de diminuer.

Diagnostic des infections leishmaniennes par la formol-stibosane-réaction. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard. — La formol-stibosane réaction peut permettre dans presque tous les cas de poser le diagnostic de la leishmaniose viscérale. Cette méthode simple et pratique semble appeler à rendre aux cliniciens les plus grands services lorsqu'ils ne disposent pas du matériel nécessaire pour rechercher la déviation du complément par la technique préconisée par Nattan-Larrier et Grimard-Richard et lorsqu'ils ne croient pas pouvoir pratiquer la ponction de la rate.

Les caustiques intratissulaires xérosants. Leur action sur la cornée humaine. — M. Bonnefon signale que les caustiques intratissulaires genre ypérite peuvent respecter la cornée humaine grâce à l'hypersécrétion lacrymale, alors que les cornées d'animaux sont lésées faute d'hypersécrétion lacrymale. L'addition aux caustiques tissulaires d'un toxique paralysant la sécrétion lacrymale permettra de rendre la cornée humaine vulnérable. Pour lutter contre les caustiques xérosants, la méthode efficace est l'osmothérapie profonde.

Séance du 16 juin 1934.

L'uréogénie au cours de la perfusion expérimentale du foie. — MM. Noel Fiessinger, Henri Bénard, Maurice Herbain et Lucien Dermer, dans leurs expériences de perfusion hépatique, observent une augmentation constante de l'urée du sang circulant, qui dans une moyenne de trois heures atteint des chiffres variables de 0,10 à 0,60. Cette uréogénie n'est modifiée ni par une oxygénation imparfaite, ni par l'adjonction d'insuline, d'extrait splénique ou de thyroxine. Le blocage et l'intoxication phosphorée semblent diminuer l'uréogénie. Il eût été intéressant de pouvoir suivre les différentes étapes chimiques de l'uréogénie, en assistant à la baisse progressive des polypeptides et des amino-acides.

Malheureusement, au cours des perfusions, même de courte durée, interviennent des phénomènes d'*autolyse* dans le sang et dans le foie perfusé qui augmentent les polypeptides et les amino-acides plus rapidement que l'uréogénie ne les fait diminuer. L'élévation du taux des polypeptides dans le sang peut atteindre le double ou le quadruple du chiffre de départ ; l'augmentation des amino acides (méthode de Folin) est moins importante et moins constante. Mais, de toutes façons, la formation de ces produits par autolyse prime leur disparition par uréogénie.

Il est possible que dans les circonstances complexes de la pathologie, on puisse assister au côtoiement de la protéolyse autolytique et à l'uréogénie hépatique, comme dans les expériences de perfusion.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action de l'alcool octylique (octanol) primaire. — MM. A. Clerc, J. Stern et R. Paris ont montré précédemment l'action hypotensive et tensio-négative de l'octanol en injections intraveineuses chez le chien. Ils signalent aujourd'hui que ce corps, en injection intraveineuse et même *in vitro*, amène un raccourcissement remarquable dans le temps de coagulation sanguine ; par contre, il n'empêche ni le choc dû à la peptone, ni celui provoqué par l'histamine.

L'action hypotensive est exagérée par l'atropine et le tartrate d'ergotamine, mais renforce l'action hypertensive de l'adrénaline et se montre antagoniste de la pilocarpine et du formol, ce dernier arrivant même à annihiler le pouvoir hypotenseur en question. D'une manière générale, l'octanol primaire semble agir sur le système neuro-végétatif en paralysant le parasympathique et en excitant le sympathique ; mais cette action semble indépendante de l'action hypotensive.

Étude de la toxine diphtérique par le spectre d'absorption. — MM. C. Levaditi, G. Loiseau, M. Paic, M. Philippe et P. Haber ont recherché s'il était possible de différencier les milieux de culture contenant la toxine élaborée par le bacille diphtérique, de ceux qui en sont exempts, au moyen des spectres d'absorption dans la lumière visible et ultra-violet. Les bouillons contenant la toxine diphtérique donnent un spectre d'absorption caractéristique, avec un maximum à 4080 A et un minimum à 3900 A. La bande d'absorption disparaît si l'on examine, dans les mêmes conditions, soit le bouillon non ensemencé, soit le bouillon rendu atoxique par l'action du rayonnement total de la lampe à mercure, soit enfin le bouillon ensemencé avec un bacille diphtérique non toxigène. L'anatoxine de Ramon absorbe plus fortement la lumière, mais la courbe d'absorption est presque analogue à celle de la toxine. L'étude des spectres d'ab-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

sorption dans l'ultra-violet permettrait donc d'observer des particularités qui, très vraisemblablement, sont en relation avec l'élaboration de la toxine diphtérique par le bacille de Lœffler dans les milieux de culture appropriés.

De l'influence du pH sur l'activité de la toxine diphtérique. — M. P. PAULI. — Des expériences effectuées, il résulte que l'addition d'acide à la toxine diphtérique ne la transforme pas en anatoxine, c'est-à-dire en un dérivé qui en a gardé le pouvoir floculant et en a perdu toute la toxicité.

Etude de la protection contre le choc anaphylactique réalisée par voie intraveineuse chez le lapin sensibilisé au sérum. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO ont constaté que, pour déclencher un choc anaphylactique chez le lapin, il fallait injecter une dose d'au moins 0,7/20 centimètre cube de sérum par voie intraveineuse ; d'autre part, pour obtenir une protection, une dose suffisante de sérum doit être injectée, mais il n'est pas nécessaire que cette dose ait déterminé un choc anaphylactique. La protection temporaire vis-à-vis du choc anaphylactique, qui peut être obtenue par une injection intraveineuse d'une dose minime de sérum, s'installe très rapidement, dès la quatorzième minute après l'injection déchaînante ; mais elle est de plus courte durée que la protection par les fortes doses.

Etude de la protection contre le choc anaphylactique réalisée par voie sous-cutanée et voie intradermique chez le lapin sensibilisé au sérum. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, C. MAURIC et Mme A. HUGO montrent que, si une injection de 2 centimètres cubes de sérum de cheval, faite par voie sous-cutanée à un lapin sensibilisé, protège cet animal temporairement vis-à-vis d'un choc anaphylactique, l'injection intradermique n'a pas constamment le même effet.

Intérêt pratique de l'ensemencement direct du liquide céphalo-rachidien et de la recherche de la microculture pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL ont préconisé un procédé d'isolement du bacille de Koch qu'ils ont déjà appliqué aux urines, aux liquides céphalo-rachidiens, aux crachats, et enfin aux organes secondairement infectés. Dans de nouvelles recherches relatives à la culture du liquide céphalo-rachidien, ils ont simplifié leur technique primitive. Toutes les fois que l'on soupçonne la présence de bacille tuberculeux dans un liquide céphalo-rachidien, il suffit de l'ensemencer directement, sans le centrifuger, sur six à huit tubes de milieux à l'œuf-asparagine. L'ensemencement direct du liquide, sans aucune opération préalable, s'est montré plus sensible que la culture du flocon fibrineux, qui a été négative dans 33 p. 100 des cas. L'examen systématique des produits de raclage à partir du septième jour d'étuve à 38°, permet ainsi un diagnostic précoce lorsque l'examen direct du culot de centrifugation n'a pas montré de bacilles. Cette méthode, plus rapide et aussi sûre que l'inoculation au cobaye, présente par sa simplicité et sa précision un réel intérêt, dans la pratique courante, pour la recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

La vitamine C dans l'hypophyse. — MM. A. GIROUD et C.-P. LEBLOND montrent que l'hypophyse est remarquable par sa haute teneur en vitamine C, décelable par leur méthode histo-chimique et localisée dans la seule partie glandulaire de l'hypophyse, en particulier dans les cellules chromophiles du lobe antérieur.

Action de l'ultra-filtration sur les réactions des sérums leishmaniens. — MM. L. NATTAN-LARRIER, S. NOUGUÈS et L. GRIMARD-RICHARD. — Les sérums provenant de sujets ou de chiens atteints de leishmaniose soumis à l'ultra-filtration conservent la propriété de s'opacifier par le formol, mais ne présentent plus aucune aptitude à se gélifier tardivement. Les sérums leishmaniens filtrés se comportent comme les sérums non filtrés à l'égard de la formol-stibosane-réaction.

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 avril 1934.

Maladie du col vésical opérée et guérie chez un tout jeune enfant. — MM. BOPPE et J.-E. MARCEL rapportent le cas d'un enfant de six ans et demi, qui traité de tout temps pour énurésie, présentait en réalité une fausse incontinence avec hématurie pour rétention incomplète avec distension qui a forcé les uretères, qui a infecté et dilaté les deux systèmes urinaires (dilatation monstrueuse à gauche). La résection circulaire du col a fait cesser tous les troubles vésicaux et a entraîné la diminution progressive de l'arbre urinaire droit, tandis que son adelphe paraît définitivement compromis. A cette occasion les auteurs montrent que le diagnostic d'énurésie ne doit être posé qu'en cas d'*urines claires*; que toute pyurie réclame chez l'enfant comme chez l'adulte un examen urologique complet ; qu'enfin les troubles du prostatisme chez un sujet jeune doivent faire penser à la forme congénitale de l'hypertrophie du col; malformation qui guérit par l'ablation complète de celui-ci.

Les renseignements fournis à la clinique pour le dosage de l'indoxyle dans les urines. — MM. GUY LAROCHE et A. GRIGAUT indiquent les conditions dans lesquelles doit être recherché le test indoxyle urinaire pour être valable. Ils exposent le résultat de leurs travaux sur les causes productrices de l'hyperindoxylurie parmi lesquelles figure au premier chef la perméabilité de la muqueuse cæco-colique sur laquelle Heitz-Boyer a déjà appelé l'attention. L'hyperindoxylurie est un test qui permet de se rendre compte du fonctionnement intestinal en ce qui concerne la production et la résorption des substances toxiques dans le cæco-côlon.

Les renseignements cliniques fournis par le dosage de l'indoxyle du sang. — MM. GUY LAROCHE et A. GRIGAUT communiquent les résultts des travaux poursuivis depuis plusieurs années. Le dosage de l'indoxyle du sang chez les rénaux n'est pas une simple curiosité biologique, mais complète les renseignements fournis par les autres épreuves rénales et est susceptible dans certains cas d'apporter des précisions sur le diagnostic, le pronostic et l'évolution de la maladie.

(A suivre.)

LUQUET.

REVUE DES CONGRÈS

XIVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

Paris, 5 et 6 juin 1934.

LES CENTRES VÉGÉTATIFS DU DIENCÉPHALE MÉDIAN

PREMIER RAPPORT.

Partie anatomique

Par **M. LARVELLE** (Bruxelles)

Dans ce travail très documenté et très fouillé dont nous ne pouvons donner qu'un aperçu d'ensemble, l'auteur étudie uniquement les centres supérieurs contenus dans le diencéphale médian, c'est-à-dire dans la partie du cerveau intermédiaire qui forme la paroi du troisième ventricule.

1° **Différenciation des types cellulaires et topographie des noyaux du diencéphale médian.** — L'auteur a étudié ces types cellulaires à l'aide des imprégnations argentiques (technique de Reumont) et de diverses autres techniques. Il considère comme végétatives des cellules de forme allongée, bipolaires, disposées en « bancs de poissons » dans un courant fibrillaire. Le type en est le noyau dorsal du vague. Une bonne orientation des coupes est indispensable pour apprécier ces caractères. Plus rarement on observe des arrangements en pelote ou en ordre dispersé.

Ces critériums permettent de décrire un certain nombre de noyaux : substance grise centrale, noyau supra-optique, noyau paraventriculaire, noyaux basaux du tuber, noyau tubéro-maxillo-trigonal, noyaux du corps maxillaire, noyau intercalé, noyau de la substance réticulaire hypothalamique, noyau rétinien, noyau paramédian auxquels il faut ajouter un noyau pallido-infundibulaire, un noyau interfornicatus, le corps subthalamique de Luys. L'auteur précise la topographie de ces différents noyaux.

2° **Voies de conduction.** — L'auteur distingue :

a. des *voies purement somatiques* qui connectent entre eux les différents centres du rhinencéphale ;

b. Des *voies somato-végétatives* qui connectent le rhinencéphale aux noyaux du diencéphale médian. Elles comprennent un faisceau antéro-postérieur ou faisceau olfactif nasal d'Edinger (qui se divise en faisceau fronto-supra-optique et faisceau fronto-tubérien), un faisceau reliant l'écorce olfactive temporale au corps mamillaire, une liaison entre le striatum et l'hypothalamus, enfin des fibres qui réunissent les différents noyaux de la paroi du troisième ventricule avec les noyaux du thalamus ;

c. Des *voies purement végétatives* et notamment les connexions entre le noyau supra-opticus et l'hypophyse (tractus supra-optique hypophysaire) dont l'auteur précise le trajet. A ces connexions se rattache le système des fibres pâles ou fibres zonales et le système tangentiel périventriculaire qui relie le diencéphale médian aux centres inférieurs du névraxe.

3° **Le point de vue anatomique dans la question des localisations végétatives.** — L'auteur montre la difficulté de telles études du fait des variations de la cyto-architectonie dans la série animale rendant difficile la comparaison des résultats obtenus chez les animaux en expérience du voisinage et de l'interpénétration des différents noyaux, de la difficulté qu'il y a à différencier à ce niveau les images normales des images pathologiques. Il aboutit néanmoins à quelques conclusions.

La substance grise centrale aurait une importance relativement grande : ce serait le lieu d'élaboration et de propogation des excitations perçues au niveau de l'épendyme ; elle pourrait intervenir dans divers mécanismes, et notamment dans le mécanisme du sommeil. Le groupe antérieur des noyaux de l'hypothalamus (noyaux supra-optiques et paraventriculaires) et les noyaux propres du tuber sont fonctionnellement solidaires de l'hypophyse. Le corps mamillaire peut être considéré comme un relai de voies rhinencéphaliques destiné à faire intervenir les excitations olfactives dans le mécanisme des réflexes végétatifs. Le noyau tubéro-maxillo-trigonal est peut-être en relation avec les échelons végétatifs mésencéphalo-ponto-bulbaires. Enfin les cellules géantes de la substance réticulaire semblent intervenir dans la fonction du sommeil.

Dans l'ensemble, le diencéphale médian est dominé par la sphère olfactive ; ceci cadre avec la physiologie qui montre que les fonctions végétatives et les instincts sont conditionnés en ordre principal par l'excitant olfactif. La diminution du nombre des noyaux dans l'hypothalamus humain est fonctionnellement compensée par la différenciation beaucoup plus poussée des cellules constituant ces noyaux.

L'auteur conclut en montrant les relations étroites qui existent d'une part entre cette région et les autres parties du névraxe, et d'autre part les différents noyaux de cette région qu'il ne faut pas vouloir compartimenter à l'excès.

DEUXIÈME RAPPORT.

Essai d'orientation neuro-physiologique

Par **Auguste TOURNAY**

Après quelques données d'ordre général, l'auteur restreint son étude à deux exemples : le besoin d'oxygène et le besoin d'eau.

A. **Le besoin d'oxygène.** — La notion d'un centre respiratoire unique décrit par la physiologie classique a fait place, à la suite des expériences de Lumsden et de Taylor, à celle d'une série de centres étagés. Il semble que ces centres respiratoirs, pris en bloc, puissent avoir un fonctionnement autochtone comme tendent à le prouver les expériences de Heymans sur la tête isolée et celle d'Adrian et Buytendik qui mesure les courants d'action du tronc cérébral complètement isolé.

Les processus qui règlent le rythme respiratoire sont multiples ; il faut tenir un compte particulièrement important de la teneur du sang en CO^2 et en O.

Il existe aussi une corrélation entre la ventilation pulmonaire et l'équilibre thermique qu'elle peut contribuer à maintenir en permettant une perte d'eau. Aussi est-il logique de chercher un centre régulateur de la respiration au niveau du mésodiencéphale où semble se trouver déjà le centre thermique.


ASEPSIE
DU
RHINOPHARYNX
INHALANT
POUDRE ET HUILE
L'INHALANT
HUILE
s'emploie en pulvérisations
ou en badigeonnages.
L'INHALANT POUDRE
s'emploie en inhalations dans l'eau chaude
Calmants antiseptiques non irritants
décongestionnants des fosses nasales
Pas d'alcool, pas de cocaïne, neutralité absolue.
LABORATOIRES DUMOUTHIERS, 11, Rue de Bourgogne, PARIS.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Plusieurs expérimentateurs agissant sur l'hypothalamus ont d'ailleurs observé des effets respiratoires. Mais ces effets restent difficilement interprétables. Il serait intéressant qu'à l'occasion les neuro-chirurgiens mettent à profit les circonstances réalisées chez l'homme pour observer de plus près le comportement de la fonction respiratoire, les variations thermiques et la déperdition d'eau.

B. Le besoin d'eau. — La constance en eau des divers tissus est particulièrement remarquable. Elle est régie en grande partie par des phénomènes d'ordre physicochimique. Mais comment le système nerveux intervint-il pour régler cet équilibre ? C'est là un problème extrêmement complexe dont, par quelques exemples, l'auteur montre les difficultés en étudiant en particulier le rôle des plexus de Meissner dans les acquisitions d'eau et les influences nerveuses qui règlent la sortie de l'eau par le rein, les poumons, la peau. Il montre le rôle du système nerveux sur la teneur en eau du sang, et sa dilution après réchauffement ; cette dilution est supprimée par l'anesthésie ou la décérébration. Il pose le problème de la polyurie expérimentale, de la régulation des entrées d'eau, la question de la soif qui peut être déclenchée par une excitation directe des hautes régions végétatives par un acte expérimental ou neuro-chirurgical.

C. Principes d'orientation. — L'auteur montre que, malgré l'intérêt de l'expérimentation sur l'animal, on ne peut en tenir compte qu'avec la plus grande prudence ; seules des constatations expérimentales neurochirurgicales peuvent être véritablement probantes.

Il est difficile, étant donné le voisinage des noyaux, de circonscrire suffisamment les excitations pour individualiser la fonction de chaque groupe cellulaire ; mais plus que le repérage microscopique, le repérage des fils conducteurs pour la recherche des courants d'action peut être instructif.

Mais la grande difficulté réside dans l'étude des corrélations neuro-humorales. Il existe, en effet, des cas où on peut attribuer à de véritables hormones des activités jusqu'alors attribuées au système nerveux lui-même. Cet enchaînement neuro-humoral peut ne plus coïncider en totalité, ni avec le tracé anatomiquement pré-établi des arcs et circuits réflexes, ni avec la hiérarchie organisée par niveaux entre les relais sympathiques. La vieille notion de deux systèmes antagonistes peut rester féconde, à condition de ne pas la comprendre dans un sens trop étroit. Tout se tient dans les interactions assurées tant par les agencements du système nerveux que par les transports humoraux, et, dans l'étude des diverses régulations, il ne faut pas oublier tout ce qui dans l'organisme concourt à informer d'une cause de déséquilibre et à effectuer les manœuvres nécessaires au rétablissement de la fixité.

TROISIÈME RAPPORT.

Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique

Par **M. LHERMITTE**

Le rapporteur pense qu'il faut distinguer très nettement les problèmes anatomo-cliniques des problèmes physiopathologiques et borne son exposé au premier groupe de problèmes.

Il commence par un court rappel des connexions anatomiques et physiologiques des appareils végétatifs hypothalamiques avec l'hypophyse et des interactions physiologiques hypophyso-diencéphaliques. Il ne fait que mentionner les syndromes dont l'origine hypophysaire n'est plus discutée : acromégalie, gigantisme, nanisme, basophilisme hypophysaire, cachexie hypophysaire (sur laquelle d'ailleurs l'accord est beaucoup moins unanime) pour étudier uniquement les syndromes infundibulo-tubériens.

A. Le **diabète polyurique ou insipide** est indiscutablement d'origine nerveuse, et il n'existe aucun cas de diabète insipide par lésion pure de l'hypophyse. L'influence antidiurétique de l'extrait hypophysaire ne démontre pas l'origine hypophysaire, mais est assimilable à l'influence de l'insuline dans le diabète sucré diencéphalique.

B. La **narcolepsie** et ses dérivés sont aussi indiscutablement diencéphaliques.

C. L'**hyperorexie, la boulimie** ont la même origine.

D. La **polydipsie**, est d'origine diencéphalique comme le montrent les travaux des neuro-chirurgiens. Peut-être certains cas de diabète insipide sont-ils la conséquence de la polydipsie.

E. La **glycosurie** voit son origine diencéphalique prouvée par de nombreux faits expérimentaux et cliniques. L'argument décisif tient dans l'association du diabète sucré à diverses manifestations végétatives diencéphaliques. Non seulement le métabolisme de l'eau et des glucides peut être modifié, mais il s'y adjoint parfois une perturbation de la régulation du chlorure de sodium.

L'insulino-résistance de certains diabètes est peut-être révélatrice d'une désorganisation de l'appareil végétatif diencéphalique.

F. **L'obésité et les lipodystrophies.**

a. **L'obésité diencéphalique** est indiscutable, et a été prouvée expérimentalement. C'est une obésité disproportionnée prédominant sur le tronc, l'abdomen et la racine des cuisses et souvent accompagnée d'autres signes d'atteinte hypothalamique. Elle est fréquente après les encéphalites hypothalamiques (encéphalite épidémique, maladie de Heinc Medin, syphilis). Elle serait due, pour Sanchez, à des lésions des noyaux mamillaires supra-optiques et paraventriculaires. Elle s'oppose à l'obésité hypophysaire décrite par Cushing (basophilisme hypophysaire).

b. La **lipodystrophie progressive** (Barraquer-Simons) est caractérisée par la maigreur de la face et des membres supérieurs contrastant avec l'adipose des membres inférieurs. Elle semble liée à une altération du système végétatif central.

G. Le **syndrome de Laurence-Moon Biedl** est une affection familiale voisine du syndrome de Fröhlich mais comportant en outre une rétinite pigmentaire. Il semble d'origine diencéphalique, contrairement au syndrome de Leschke ou dystrophie pigmentaire qui est l'expression d'une altération hypophyso-surrénale.

H. Le **syndrome adiposo-génital** est considéré par les uns comme d'origine hypophysaire, par d'autres

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

comme d'origine diencéphalique, par d'autres enfin comme dû à une modification conjointe de l'appareil nerveux et de la pituitaire. Le plus souvent, il est d'origine infundibulaire, mais on ne peut nier l'association fréquente de symptômes hypophysaires. Il est en tout cas impossible d'en faire deux variétés, l'une pituitaire, l'autre diencéphalique. Il faut insister sur la fréquence relative avec laquelle il apparaît dans l'encéphalite épidémique ; le tableau est alors variable suivant l'âge auquel il survient ; le syndrome adiposo-génital prépubéral s'accompagne habituellement d'un retard de la croissance, mais peut s'accompagner d'une accélération de la croissance.

I. La **macrogénitosomie précoce** a longtemps été considérée comme d'origine pinéale. En réalité, de nombreuses observations montrent qu'elle est due à une lésion des tubercules mamillaires ou du plancher du troisième ventricule.

A ce propos, le rapporteur se demande si, comme tendent à le prouver quelques observations, il n'y a pas parfois une répercussion lésionnelle des glandes génitales sur l'hypothalamus.

Le rapporteur étudie ensuite toute une série de symptômes dont on a discuté l'origine diencéphalique :

La *maladie de Simmonds ou cachexie hypophysaire* semble souvent d'origine d'encéphalique plus qu'hypophysaire.

Le *rôle de l'hypothalamus sur l'hématopoïèse* n'est plus discutable. On a constaté de la leucocytose myélogène par irritation ventriculaire et à la suite des tumeurs du troisième ventricule. La polyglobulie d'origine diencéphalique est actuellement bien prouvée ; elle peut disparaître après ablation de la tumeur ; emle est souvent associée à d'autres symptômes diencéphaliques.

Enfin, certaines anémies cryptogénétiques semblent liées à des altérations infundibulo-tubériennes.

Certaines *dystrophies osseuses et musculaires* ont pu être considérées comme d'origine infundibulaire, mais ces faits semblent discutables ; il en est de même pour la myotonie atrophique.

L'épilepsie diencéphalique de Wilder Penfield pose un problème particulièrement intéressant. Il est incontestable en effet qu'il existe dans certaines tumeurs du ventricule moyen des crises très spéciales avec vasodilatation cervicale, sudation, lacrymation, mydriase, exophtalmie, troubles circulatoires et respiratoires, hypothermie, qui peuvent être considérées comme des équivalents végétatifs de l'épilepsie jacksonienne. Mais l'association de désordres végétatifs à une crise comitiale ne suffit pas à prouver l'existence d'un centre épileptogène diencéphalique.

La question des *perturbations psychiques* a suscité de nombreux travaux d'ordre plus métaphysique que scientifique qui nous ramènent aux idées de Descartes. Néanmoins il est certain que certaines tumeurs du troisième ventricule peuvent retentir sur le psychisme ; la manifestation dominante est l'hallucination ; on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un dérèglement de la fonction hypnique et plus spécialement onirique.

En conclusion, le rapporteur montre la difficulté qu'il y a à donner une spécificité physiologique aux divers noyaux du diencéphale qui sont entre eux en corrélation très étroite. L'intensité et l'étendue d'une lésion importent beaucoup moins que sa qualité et sa topographie. Enfin, il est extrêmement difficile de distinguer les lésions destructrices des lésions excitatrices. Souvent des actions très différentes déclenchent des processus identiques et parfois de volumineuses destructions n'entraînent aucun trouble. *(A suivre).*

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DE LA NUTRITION

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DE LA NUTRITION *(Suite)*

FOSFOXYL CARRON. — Phosphore colloïdal (à l'état de terpénolhypophosphite de sodium). Trois formes : Sirop, pilules, liqueur (spéciale pour diabétiques). Spécifique de la dépression nerveuse, stimulant des glandes endocrines, modificateur de la nutrition.

INDICATIONS. — Maladies du système nerveux, maladies de la nutrition, dépressions nerveuses, surmenage, neurasthénie, diabète, rachitisme, etc.

Laboratoire B. Carron, 69, *rue de Saint-Cloud, Clamart (Seine).*

GADUASE. — Tonique et stimulant général d'action rapide et durable. Succédané agréable de l'huile de foie de morue, avec : hypophosphites de sodium et de calcium, méthylarsinate disodique, iode.

INDICATIONS. — Lymphatisme, anorexie, asthénie, déminéralisation, convalescence, etc.

Servier, 25, *rue Eugène-Vignat, Orléans.*

GLYCTONE PHOSPHATÉE CHARRIÈRE, avec : arséniate de soude, glycérophosphate de soude, sulfate de strychnine, ferments musculaires, corps immunisants, etc. — Première application de la zomo-chimiothérapie.

INDICATIONS. — Anémie, chlorose, rachitisme, grossesse, épuisement musculaire, surmenage, etc.

Arquevaux, à Etampes (S.-et-O.).

HÉMOCALCINE. — COMPOSITION. — A base d'extrait de foie intégral inaltérable et métaux ferments, associés à la magnésie et au calcium à l'état de glycérophosphates avec un demi-milligramme de strychnine, sans arsénicaux intolérés, sans vitamines périssables.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES. — Donne un *p*H favorable à la fixation phospho-minérale. N'entraîne pas de constipation.

INDICATIONS. — Anémie, asthénie, puberté, déminéralisation, dépressions nerveuses et toxiques.

FORMES ET MODE D'EMPLOI. — Petits cachets friables, instantanément dissocés.

Un cachet avant le repas, de huit à quinze ans ; 2 à 3 cachets (avant le repas) pour les adultes.

En cas de contre-indication, formuler : hémocalcine, sans strychnine. Prix : 15 francs. Ne contient pas de notice intérieure.

Laboratoires Fercocq, licencié ès-sciences, Saint-Maur (Seine).

INSULINE BUCCALE FORNET. INSULINE PHYSIOLOGIQUE PURE. — Concentration III (pilules rouges), 4 unités par pilule.

Concentration I (pilules vertes), une unité par pilule.

INDICATIONS. — Tous les cas justiciables de l'insuline (cas graves exceptés).

L'*insuline buccale Fornet* est aujourd'hui utilisée sous ses deux formes : pilules et pommades, dans tous les hôpitaux de Paris.

Laboratoires de microbiologie, 23, *rue du Caire, Paris.*

INSULINE LÉO (décret d'autorisation du 8 juillet 1931. Cette autorisation ne garantit pas l'efficacité du produit). — Stérilité absolue, activité constante grâce à sa teneur régulière en *u.i.* — Deux formes : ampoule de 5 centimètres cubes (100 *u.i.*), ampoule de 5 centimètres cubes (200 *u.i*).

INDICATIONS. — Tous les diabètes justiciables de l'insuline, cures d'engraissement.

Valentin Aage Moller, 149, *rue du Palais-Gallien, Bordeaux. Dépositaire et pharmacien garant pour la France : Jean Dedieu, Bordeaux.*

INSULINE NOVO. — Ce produit danois, employé et apprécié depuis de longues années par l'élite du Corps médical dans tous les pays, a été récemment autorisé en France.

L'insuline Novo est exempte d'antiseptique et d'une standarisation parfaite. En outre, les injections sont indolores et ne provoquent jamais d'irritation ; les prix sont avantageux.

Pharmacien dépositaire : C. Girel, 30, *rue Notre-Dame-des-Victoires, Paris.*

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Doses moyennes : de XX à LX gouttes par jour.

Paris, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc (IVe).*

IODHÉMA. — Iodo-alcoylate méthyle benzyle d'hexaméthylène tétramine, en solution aqueuse (43 p. 100 d'iode assimilable). — Deux formes : ampoules, flacons (deux cuillers à café par jour).

INDICATIONS. — Toutes les formes de rhumatismes chroniques.

Etablissements Gallina, 4, *rue Candolle, Paris (Ve).*

JUGLANE. — Principe actif du noyer sauvage Se prend par 3 ou 4 pilules avant chacun des trois repas. Continuer jusqu'à disparition du sucre dans les urines.

INDICATIONS. — Le diabète et ses complications : acidose, acétonémie ; aucune contre-indication.

Produits Euthérapiques, 12, *rue des Ecoles, Chambéry.*

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris (IVe).*

QUINBY. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 3 centimètres cubes (adultes).

Ampoules de 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

INDICATIONS. — Action remarquable sur toutes

RÉPERTOIRE DES SPÉCILITÉS POUR MALADIES DE LA NUTRITION *(Suite)*

les manifestations de la syphilis à toutes ses périodes. Cicatrisation rapide de tous accidents contagieux, muqueux ou cutanés. Disparition des gommes profondes ou superficielles, après quelques injections.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris.

SYNTHALINE B. — Médicament antidiabétique *per os.*

Laboratoire Cruet, 13, rue Miollis, Paris (XVe).

ULTRA-VIOLETS. — *a*) Affections de la 1re et 2e enfance ; *b*) tuberculoses dites chirurgicales ; *c*) affections cutanées, acné, psoriasis, etc. ; *d*) états de surmenage et d'asthénie, etc.

Vente et location de tous appareils et accessoires à la Verrerie Scientifique, 12, avenue du Maine, Paris (XVe).

VIN GIRARD. — La meilleure formule des préparations iodotanniques (iode, tanin, lacto-phosphate de chaux).

INDICATIONS. — Lymphatisme, scrofule, convalescences, anémie, surmenage).

A. Girard, 48, rue d'Alésia, Paris (XIVe).

VITAMYL IRRADIÉ et VITAMYL IRRADIÉ CHLOROPHYLLÉ. — Contient les quatre vitamines A, B, C et D conservées actives. Elles sont toutes indispensables. — Solution, dragées ou ampoules buvables.

INDICATIONS. — Rachitisme, earence, pré-carence, déminéralisation, troubles de la croissance.

Amido, 4, place des Vosges, Paris (IVe).

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR RÉGIMES DES MALADIES DE LA NUTRITION

ALIMENTS DE RÉGIME HEUDEBERT. — Farines, biscottes, pâtes, etc.

Société l'Aliment essentiel, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).

FARINES MALTÉES JAMMET. — Pour les régimes des malades et des convalescents.

47, rue de Miromesnil, Paris.

NOUVELLES

Le banquet de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris. — Le 19 juin a eu lieu dans les salons de la Maison des Polytechniciens le banquet de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène qui a lieu, chaque année, pour fêter la clôture des cours et la nomination des nouveaux diplômés de l'Institut d'hygiène de Paris. Ce banquet a été particulièrement cordial, un très grand nombre d'anciens élèves [du cours avaient tenu à apporter leurs félicitations à leurs jeunes camarades et le témoignage de leur reconnaissante affection à leur ancien maître le professeur Tanon. A la présidenee de la réunion, avait tenu à figurer en personne M. Louis Marin, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, assisté de M. Blaisot, ancien ministre ; de M. Legros, ancien député, auteur d'un remarquable projet de loi sur l'hygiène. Au dessert on entendit successivement M. Clerc, au nom des anciens élèves de l'Institut d'hygiène, M. Desfosses au nom de la Presse, M. Legros au nom des amis du profeesseur Tanon, M. Kechawarz (de Perse) au nom des anciens élèves étrangers ayant obtenu le diplôme de l'Institut d'hygiène de Paris. M. Louis Marin, avec beaucoup de cordialité, a apporté les félicitations du gouvernement aux maîtres et aux élèves de l'Ecole d'hygiène de Paris et traça les grandes lignes des projets gouvernementaux en matière d'hygiène. Le professeur Tanon, en quelques mots pleins d'humour, a remercié les ministres et les personnalités présentes.

Une fois de plus s'est dégagé, dans des agapes amicales l'esprit qui préside à l'enseignement et aux destinées de l'École parisienne d'hygiène, esprit de collaboration confiante entre les officiels de l'Hygiène et le corps des médecins praticiens.

IXe Congrès français de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 17 au 20 avril prochain à Rabat à l'époque de Pâques, sous le haut patronage de M. le Résident général du Maroc.

Le bureau est ainsi composée : MM. Colombani président ; Léon Bernard, Bezançon, Courmont, Gaud, Leuret, Rist et Sergent, vice-présidents ; Courcoux, Lapin et Poix, secrétaire sgénéraux ; Bonjean et Royer, secrétaires généraux adjoints ; Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. Question biologique : « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

II. Question clinique : « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux), Maurer et Rolland (Paris).

III. Question médico-sociale : « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avee quatre rapports : 1° Algérie, M. Aubry (Alger) ; 2° Tunisie, MM. Masselot et Bloch (Tunis) ; 3° Maroc, MM. Lapin et Bonjean (Rabat) ; 4° Afrique Occidentale française, M. le médecin-colonel Blanchard (Dakar).

IV. Question médico-militaire : « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine » ; 1° Marine de guerre ; rapporteurs : MM. les médecin en chef Plasy et Hederer (Toulon) ; 2° Marine marchande ; rapporteur : M. Marcel Clerc (Paris).

NOUVELLES *(Suite)*

Après le Congrès aura lieu un voyage à travers le Maroc ; la durée totale du Congrès et du voyage sera de deux semaines ; un prix forfaitaire comportant d'importantes réductions accordées par les Compagnies de navigation, les chemins de fer français, espagnols et marocains et les hôtels, permettra aux congressistes d'effectuer ce voyage dans des conditions particulièrement avantageuses et de n'avoir aucuns frais à supporter depuis le départ du port français d'embarquement ou de la gare frontière jusqu'au retour.

Un communiqué ultérieur indiquera le prix et le programme complet du Congrès et du voyage et la date à partir de laquelle les inscriptions seront reçues au secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Appel aux cliniques et maisons de santé et sanatoriums. — Au moment où, à l'instigation du ministère du Travail, le ministre de la Santé se préoccupe d'inclure dans le programme d'outillage national la construction de multiples établissements sanitaires (centres de diagnostics, centres anticancéreux, hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, etc.).

Le Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé de France adresse un pressant appel à tous les propriétaires, à tous les médecins, directeurs de maisons de santé, cliniques chirurgicales et médicales, de sanatoriums privés, pour qu'ils se groupent autour du Syndicat déjà existant et l'aident dans la lutte entreprise avec le concours de la Confédération des syndicats médicaux contre ce nouvel acheminement vers l'étatisation des soins médicaux.

Il demande notamment que tous, adhérents ou non au Syndicat, adressent dans le plus bref délai tous les renseignements (nombre de lits, outillage de l'établissement) susceptibles de prouver les services rendus par l'initiative privée, à l'adresse ci-dessous :

Docteur Hervé, président du Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé de France, Les Escaldes (Pyrénées-Orientales).

VIIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. — La réunion, primitivement prévue pour 1934 et qui devait se tenir à Barcelone, a dû, en raison d'empêchements majeurs que n'ont pu surmonter ni le zèle ni la meilleure volonté de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de cette ville, être ajournée.

Il est maintenant assuré que la session pourra être organisée à Nice à l'époque de Pâques 1935.

Sur la question mise à l'ordre du jour par l'assemblée au Congrès de Limoges en 1933 : « Les abcès du cervelet en oto-neuro-ophtalmologie », les rapports prévus seront établis et présentés par MM. Ramadier et Caussé (Otologie) ; André Thomas et Barré (Neurologie) ; Velter (Ophtalmologie). Secrétaire général : M. Auguste Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (VIe). Tél. Littré 53-25.

VIIe Croisière de l'Association Guillaume-Budé. — Cette croisière aura lieu du 25 août au 19 septembre 1934, au bord du *Théophile-Gautier* (M. M.).

Itinéraire. — Départ de Marseille pour Palerme, Vante, Mistra, Athènes, Les Météores, Salonique, Mont Athos, Brousse, Constantinople, Ohio, Patmos, Rhodes, Santorin, Monemvasie. Prix : de 2 100 à 7 750 francs.

Tous renseignements à l'Association Guillaume-Budé, 95, boulevard Raspail, Paris. Tél. Littré 70-55.

Le IIIe Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine aura lieu à Paris, les 18, 19 et 20 octobre, sous la présidence de M. le Dr Mayer (Bruxelles), président de la Fédération, et de M. le professeur Etienne, de Nancy; MM. Dartigues, Noël Fiessinger et J. Noir sont vice-présidents ; L.-H. Pierra, secrétaire général, et V. Gardette, trésorier général.

Les séances de travail se tiendront à la Faculté de médecine. Cotisation : 100 francs français. Renseignements et adhésion auprès du Dr L.-M. Pierra, 8, rue Servandoni, Paris (VIe).

Luchon et les Voyages d'études médicales. — C'est avec un véritable plaisir que nous venons d'apprendre que le Voyage international d'études médicales se terminera, cette année-ci, dans nos Pyrénées, au centre même de nos montagnes, à Luchon.

Présidé par MM. les professeurs Carnot, membre de l'Académie de médecine, Villaret, Chabrol, Giraud et Serr, si nos renseignements sont exacts, ce voyage prendra, cette année, une importance plus considérable encore.

Voici, en effet, cinq à six années que la Reine des Pyrénées eut l'honneur de recevoir ce que, par abréviation, on appelle le V.E.M.. Il n'est pas trop de ce temps pour nous préparer. L'effort immense et légitime fait, en 1934, par toutes les grandes stations de France impose, commande, exige une réception qui sera incomparable et qui, étant incomparable, sera, tout simplement, celle que peut offrir la Reine des Pyrénées.

La ville de Luchon et sa municipalité, syndicat d'initiative, corps médical, syndicat des négociants, syndicat des hôteliers, enfin, nous en sommes assurés, tous les corps et groupements constitués rivaliseront d'ardeur pour recevoir nos maîtres et nos amis, afin qu'ils puissent emporter, de leur séjour au milieu de nous, le souvenir le plus durable.

XXVIIe Voyage d'études médicales, aux stations de cure du Languedoc, des Cévennes et des Pyrénées-Orientales (1 700 kilomètres en autocar), sous le haut patronage du ministère de la Santé publique et le patronage des organismes officiels du thermo-climatisme (5-16 septembre 1934).

Le XXVIIe Voyage d'études médicales aura lieu du 5 au 16 septembre 1934, sous la direction scientifique du professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, directeur des V.E.M. ; du professeur Giraud, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du professeur Serr, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, directeurs régionaux du XXVIIe V.E.M. et du Dr Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, directeur adjoint des V.E.M.

ITINÉRAIRE DU XXVIIe V.E.M. — 5 *Septembre :* Concentration Le Monastier, Sainte-Enimie, Le Rozier, les Gorges du Tarn, l'Aven-Armand, l'Aigoual.

6 *Septembre* : Le Cirque de Navacelles, la Grotte des Demoiselles, les Gorges de l'Hérault, Saint-Guilhem-le-Désert, Montpellier.

7 *Septembre* : Palavas, Balaruc, Lamalou.

NOUVELLES *(Suite)*

8 *Septembre* : Lacaune, Mazamet, la Montagne Noire, Carcassonne.

9 *Septembre* : Limoux, Rennes-les-Bains, les Corbières, les Gorges de l'Aude, Couiza, Usson-les-Bains, les Gorges de Saint-Paul de Fenouillet, Perpignan, Cloître d'Elnes, la Côte de Vermeil, Banyuls et Cerbère,

10 *Septembre* : Le Boulou, La Preste, Prats-de-Mollo. Arles-sur-Tech, Amélie-les-Bains.

11 *Septembre* Col de Fourtou, Molitg, Vernet-les-Bains, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes.

12 *Septembre* : Puigcerda, Seo d'Urgel (visite de la Cathédrale et du Cloître), Escaldas, Le Val d'Andorre, L'Hospitalet, Ax-les-Thermes.

13 *Septembre* : Ussat-les-Bains, Col de Porte, Aulus.

14 *Septembre* : Col du Portet d'Aspet, Salies-du-Salat, Encausse, Saint-Bertrand-de-Comminges (Visite de la Cathédrale, du Cloître, du Musée archéologique), Luchon.

15 *Septembre* : Luchon, Superbagnères.

16 *Septembre* : Barbazan, Toulouse.

Dislocation à Toulouse.

Des conférences seront faites, dans chaque station, par les directeurs du voyage.

Tout le trajet se fait en autocars.

Le prix du voyage est de 1 150 francs, ce prix comportant la totalité des frais, du lieu de concentration, Le Monastier, au lieu de dislocation, Toulouse.

Une réduction de 50 p. 100 sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le V.E.M. est destiné aux médecins en exercice, aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il pourra comprendre quelques femmes ou filles de médecin, mais leur effectif ne pourra pas dépasser le quart des participants.

Les bagages étant limités, le port du Smoking, l'usage des V.E.M., n'est pas admis.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à M[lle] Machuré, secrétaire des V.E.M., 138, Champs-Elysées, Paris (VIII[e]).

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation qu'après avis de l'inscription définitive.

Congrès de Québec. — Rappelons que le Congrès médical de Québec, août 1934, coïncidera avec la croisière et le voyage au Canada de la délégation française et du Comité national français pour la célébration du IV[e] Centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier.

En même temps que le Congrès des médecins, auront lieu à Québec le Congrès de la Presse de langue française et les Journées de la langue, de la culture et de la littérature françaises, à l'Université Laval.

Ensuite, à Trois-Rivières, aura lieu la fête du III[e] Centenaire de Trois-Rivières. A Montréal, le Congrès des avocats de langue française, les Journées du Code civil français.

Le voyage se continuera par Toronto, Hamilton, Niagara, New-York, retour par l'*Ile-de-France*, arrivée au Havre le 14 septembre.

Nous avons annoncé, il y a quelque temps, à nos lecteurs, que le *Champlain*, qui devait, avant d'arriver à Québec, faire escale à Saint-Pierre et Miquelon, puis à Gaspé, partirait du Havre, le 19 août. Désireux de permettre aux congressistes de s'arrêter, avant l'entrée dans le Saint-Laurent, à Charlottetown dans l'île du Prince Edouard, la Compagnie transatlantique fera partir le *Champlain*, un jour plus tôt, le 18 août. Le programme de la croisière sera dès lors le suivant :

Samedi 18 *août* : Départ du Havre.

Jeudi 23 *août* : 12 heures à 18 heures, escale à Saint-Pierre et Miquelon.

Vendredi 24 *août* : 12 à 19 heures, escale à Charlottetown.

Samedi 25 *août* : 8 heures à minuit, escale à Gaspé, permettant aux congressistes d'assister aux fêtes de jour et de nuit qui auront lieu dans cette ville à l'occasion du IV[e] Centenaire de Jacques Cartier.

Arrivée à Québec dans la nuit du 26 au 27 août pour l'ouverture du Congrès qui aura lieu le 27 à 14 heures.

De nombreuses questions, en dehors de celles discutées au Congrès de médecine, sont déjà annoncées dans les autres sections (chirurgie, obstétrique, pédiatrie, etc.).

Pour participer aux travaux et aux fêtes données à l'occasion du Congrès de médecine, on est prié de s'inscrire chez Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le prix de l'inscription est de 100 francs pour les membres du Congrès et de 50 francs pour les membres de leur famille.

Voyage aux Iles Fortunées (Jardin des Hespérides). — *La Caravane Universitaire* convie MM. les médecins et leurs familles à un beau voyage de vingt jours aux Iles Canaries (3-22 août). Grâce aux appuis qu'elle possède à Ténériffe, elle a pu obtenir le prix extrêmement bas de 1 625 francs payant tous les frais, pourboires inclus. Neuf jours et demi aux îles. Six excursions en autocar. Au retour, visite de Cadix. Demander le programme des voyages d'été à M. Roy, professeur au collège de Gaillac (Tarn).

Voyage artistique et touristique en autocar. — Ce voyage aura lieu du 31 juillet au 22 août. Festival Bayreuth : *Parsifal* ; Festival Munich : *Tristan et Iseult* ; Festival Salzbourg ; *Don Juan*, *Hélène Egyptienne* (Strauss), la *Passion d'Oberammergau*, les Alpes, les Dolomites, la Suisse, de Paris à Paris. Prix : 3 600 francs, tout compris (même les entrées), organisé par « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris (II[e]). Tél. Rich. 79-65, qui envoie programme et renseignements sur demande.

Croisière médicale aux Etats-Unis. — *Globe-Trotter médical* organise spécialement pour les médecins et les chirurgiens français un voyage d'études et d'agrément à New-York.

Départ du Havre le 21 juillet.

Arrivée à New-York le 3 août.

Visites de New-York et environs.

Programme spécial de visites d'hôpitaux. Réception par les médecins américains.

Départ de New-York le 8 août.

Arrivée au Havre le 19 août.

Prix depuis le Havre : 2 800 francs, tout compris.

Toutes cabines extérieures.

Renseignements et adhésions à *Globe-Trotter médi-*

NOUVELLES *(Suite)*

cal, 75, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Tél. Danton 34-34.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 2 *Juillet*. — M. Boussard, Réflexions sur le résultat éloigné du traitement de l'hérédo-syphilis. — M. Gellert, Le fonctionnement de la maternité Lariboisière en 1933. — Mlle Blot, Natalité et obstétrique en Indochine. — Mme Grand, Néphrites chroniques et gestation. — M. Simon, Fonctionnement de la consultation de stérilité conjugale (Résultats positifs). — Mlle Aghion, Maladie de Gaucher dans l'enfance (forme cardio-rénale). — M. De Lafond, De l'étude et de l'exercice de la médecine en France par les étrangers. — Mlle Sabetay, Etude du streptocoque hémolytique de la scarlatine. — M. Matti Semidei, Les nouvelles indications du tubage duodénal. — M. Ageon, Cas d'ataxie aigue polynévritique curable avec dissoci - tion albumino-cytologique. — M. Bernaud, Cas d'association de catalepsie, d'aphasie, d'apraxie et d'agnosie. — M. Brito-Santos, Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques affections gastro-intestinales. — M. Hirsz, Valeur thérapeutique des algues marines. — M. Huillet, Perturbation du métabolisme des corps créatiniques dans les myopathies; essai de traitement par le glycocolle. — M. Lachelin, Etude expérimentale de certains dérivés de la choline. — M. Suralski, A propos d'un cas d'arthropathie tabétique de la hanche.

3 *Juillet*. — M. Buot, Etude des aplasies costales. — M. Debray, Etude des suites éloignées de l'hystérectomie. — M. Laurian, Etude des ostéomes du plancher buccal et des muscles masticateurs. — M. Lebel, Les traumatismes du foie, traitement et pronostic. — M. Personnaz, Epididymectomie par voie inguinale dans la tuberculose orchi-épididymaire. — M. Vautrin, Considérations sur l'attique. — M. Lhuillier, L'abcès du poumon après tonsillectomie (en particulier chez l'enfant). — M. Badéa, Provocation du travail de l'avortement et accouchement au moyen du ballon de Champetier de Ribes. — M. Bergeault, Difficulté du diagnostic, de certains kystes volumineux de l'ovaire coexistant avec la grossesse. — M. Boisramé, Etude de la césarienne basse chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie. — Mlle Loebel, Etude de l'interférométrie en gynécologie. — M. Mouktar, Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire. — M. Prévost, Etude du chimisme gastrique dans les affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum. — M. Sanchez Puyana, Chirurgie plastique mammaire. Indications et contre-indications. — M. Gautier, Thérapeutique des insuffisances génitales par le lobe antérieur de l'hypophyse. — M. Pielut, Les complications broncho-pleuro-pulmonaires des rétrécissements de l'œsophage. — M. Ledinh-Thi, L'électro-radiothérapie dans la maladie de Basedow. — M. Brzezinski, Sources thermales de la Palestine et en particulier celles de Hamei-Tibéria. — M. Chomet, Etude du traitement des spondyloses rhizoméliques. — M. Jame, Les dyspepsies gastriques des affections non ulcéreuses du duodénum. — M. Achard, Cas de gangrène symétrique des doigts à évolution aigue. — M. Delattre, Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. — M. Gaucher, Le rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. Giraud, Radiothérapie surrénale et métabolisme de base. Résultats dans la maladie de Basedow. — M. Kessaris, Diagnostic des pneumothorax spontanés à début insidieux. — M. Lafargue, Essai d'interprétation de la ligne capillaire en radiographie pulmonaire. — M. Lowenbraun, Le gluconate de calcium en phtysiothérapie. — M. Pineau, Complications des phlegmons périamygdaliens. — M. Langlois, Etude du rhumatisme psoriasique.

4 *Juillet*. — M. Benaerts, Les échecs de la physiothérapie dans les fibromes utérins. — M. Ménendez-Féros, Les hématuries secondaires des contusions rénales. — M. Minet, Etude de la XIIe côte et de ses variations. — M. Naggiar, Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'électro-résection endoscopique. — M. Billet, Traitement des diverticules pharyngo-œsophagiens par la résection en un temps. — M. Anger, Fréquence des métastases après le traitement chirurgical du cancer du sein. — M. Gillet, Etude de la réaction d'Ashheim et Zounek dans la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome malin de l'utérus. — M. Kiani Zadek, Le point de côté auriculaire de Waquez. — M. Marçais, La syphilis dans la famille. — M. Nikoff, Le rythme bigéminé dans les dissociations auriculo-ventriculaires. — M. Papazoglou, Etude des dilatations anévrysmales de l'oreillette gauche — M. Rosanoff, Les péricolites chroniques. Les poussées aigues. — M. Aubert, La précision des numération hématologiques. — M. Duflo, L'endocardite du nourrisson. — Mlle Blumenfeld, Action des intoxi_ cations chroniques sur les fonctions de reproduction et sur la descendance. — M. Bosquet, Emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépis tage de la tuberculose pulmonaire. — Mme Breton, Protection de la première enfance, étude critique de l'organisation et de la législation. — M. Buéno, La prophylaxie du paludisme à Cuba. — M. Calamy, La désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses — M. Dequéant, Essai de traitement des intoxications fongiques. — M. Grange, Rapport de la lèpre de l'homme et de la lèpre du rat. — M. Lombard, Industrie du gavage des pigeons et l'hygiène.

5 *Juillet*. — Mlle Babok, Emploi du sérum antigangreneux de l'Institut-Pasteur dans les infections génito-urinaires de l'homme et de la femme. — M. Vallancien, Etude des tumeurs congénitales solides du cou. — M. Gandy, Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. —

NOUVELLES *(Suite)*

Mlle GAUTHERON, Les formes occlusives des grossesses extra-utérines. — M. TOURTELIER, Etude des péritonites encapsulantes. — M. BASTAN, Valeur et indications de la stricturotomie dans le traitement des affections des voies lacrymales. — M. EOCHE-DUVAL, La kérato-conjonctivite pustuleuse de l'enfant et les affections du rhinopharynx. — Mme LIBERSON, Etude de la rœntgenthérapie des affections inflammatoires aigues. — M. FALLOURD, Sur un cas de galactorrhée. — M. LE FOLL, Le lymphangiome intestinal. — M. EUQUIN, Valeur clinique de la réaction de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. ECHEVERRI, Etude des réticulo-sarcomes du médiastin. — M. PROST, La conception du XIXe siècle sur la contagion de la tuberculose. — Mlle REGNAULT, Etude du traitement des pleurésies purulentes, compliquant le pneumothorax artificiel. — M. DELVINCOURT, L'acrodynie infantile dans la région de Reims. — Mlle SILVY, Mongolisme et malformations cardiaques. — M. SIMON, Etude radiologique de la maladie de Parrot. — M. VOUTYRAKIS, Etude des variations de la cholestérolémie au cours de quelques pneumopathies aigues de l'enfant. — M. TISSOT, Pronostic et tempérament. — M. THOMAS FOUARD, Cas de tétanie gastrique au cours d'une crise de cholécystite. — M. LAIR, Etude des artérites des membres inférieurs chez les syphilitiques. — M. CHALKIAS, Syphilis du foie dans la moyenne et la grande enfance. — M. MAYNADIER, L'obésité chez l'enfant. — Mlle POULONEKTOFF, Etude du traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. — M. TRAUT, Importance de la ponction sous-occipitale dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. WECHSLER, Le mongolisme, étude clinique et thérapeutique.

7 *Juillet.* — M. KLEINBERG, La maladie de Nicolas-Favre et son traitement par le salicylate de sodium. — M. TOUATI, Pneumonies prolongées simulant la tuberculose pulmonaire. — M. MOSCOVICI, Mesure du rayonnement de la peau humaine. — M. HILMI, Prophylaxie des bilharzioses. — M. LEBLOND, Recherches histochimiques sur la localisation et le cycle de la vitamine B — M. NEBENZAHL, Homologies des sarcomes avec ceux des mammifères et de l'homme. — M. CHAZEAUD, Etude sur l'épilepsie expérimentale. — M. ROZENBERG, Remarques sur quelques cas d'angoisse de guerre, chez les Juifs de l'Europe orientale. — Mlle DEMOULIN, De divers traitements du tic douloureux de la face. — M. FARDET, Les encéphalites hémorragiques. L'encéphalite psychosique aigue hémorragique. — M. GOBY, Etude des accidents nerveux au cours de la vaccination antitypho-paratyphoïdique. — Mlle CHUIT, Etude de l'aménorrhée syphilitique. — M. CLARY BOUSQUET, Etude des lichens plans médicamenteux. — Mlle FÉRET, La microsporie du chat et sa transmission à l'homme. — M. GIL, Le dépistage de la syphilis ignorée au dispensaire par la méthode de Vernes. — M. ILIA POPOFF, Traitement de la furonculose par les injections de cyanure de mercure. — M. RABATÉ, Zona et traumatisme. — M. SÉGAL, Etat actuel du traitement de la maladie de Nicolas-Favre. — M. TRÉGOSER, Etude de la pathogénie du lichen plan. — M. VÉLASQUEZ, Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre.

Thèses vétérinaires. — 2 *Juillet.* — M. DROMBY, Recherches expérimentales sur le charbon des oiseaux. — M. SUCHARD, Virulence du bacille tuberculeux desséché. — M. DEVEAUX, La mamelle, note de chirurgie canine.

5 *Juillet.* — M. CABUZEL, Qualification des viandes de boucherie.

6 *Juillet.* — M. PONCELET, Avoine germée dans l'alimentation du cheval. — M. RUFIN, Chirurgie esthétique de l'oreille du chien.

7 *Juillet.* — M. LE GALL, Col de l'utérus.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

7 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat des maladies des enfants, de la première enfance, des maladies infectieuses, d'ophtalmologie.

9 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat des maladies mentales, des maladies nerveuses, des maladies cutanées.

9 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription pour les inscriptions du 4e trimestre.

9 JUILLET. — *Marseille.* Faculté de médecine. Concours de chef de clinique exotique.

9 et 10 JUILLET. — *Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon, Alger.* Concours de l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

9 AU 11 JUILLET. — *Paris.* VIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie.

10 JUILLET. — *Villes de Faculté de médecine.* Dernier délai d'inscription pour le concours pour l'obtention des bourses de médecine.

10 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours pour le clinicat chirurgical.

10 JUILLET. — *Villes de Faculté de pharmacie.* Concours des bourses de pharmacie.

16 JUILLET. — *Marseille.* Dernier délai des candidatures pour l'emploi d'agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Marseille.

18 JUILLET. — *Villes de Faculté.* Concours des bourses de médecine.

19 JUILLET. — *Villes d'académies.* Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du deuxième degré.

19 au 21 JUILLET. — *Lyon.* Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

19 JUILLET. — *Lyon.* Remise d'une médaille au professeur Nicolas.

24-31 JUILLET. — *Zurich.* Congrès international de radiologie.

25 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour les inscriptions du quatrième trimestre.

26 JUILLET. — *Utrecht.* Conférence de la Société internationale de pathologie géographique.

REVUE DES CONGRÈS

XIVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

Paris, 5 et 6 juin 1934.

QUATRIÈME RAPPORT.

La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne

Par **M. André THOMAS**

Après avoir rappelé les notions essentielles concernant la régulation thermique qui s'opère par les deux mécanismes opposés de la thermolyse et de la thermogenèse et le rôle important du système nerveux dans cette régulation, le rapporteur divise son exposé en trois parties :

I. **Physiologie.** — De très nombreux procédés ont été utilisés et les recherches ont porté sur des régions variées ; les résultats obtenus sont contradictoires et il semble que des régions très diverses soient chargées de régler la température.

La **piqûre thermique** n'apporte que des notions assez vagues, car elle produit l'hyperthermie avec des applications de topographies très diverses.

L'**excitation électrique** a dinné aussi des résultats variables.

Les **destructions et sections** montrent l'importance de la région hypothalamique. Ce sont les lésions destructives localisées dans le tuber qui troublent le plus la *thermo-régulation* ; l'animal devient poïkilotherme.

Il est nécessaire que la lésion soit à la fois bilatérale et médiane. Inversement, les irritations du tuber produisent les plus fortes répercussions thermiques. La décérébration ne modifie pas la régulation ; par contre, la transsection au niveau du bord antérieur du pont entraîne une perte de la fixité de la température centrale. L'intégrité de l'infundibulum est de première importance et les centres situés près de la ligne médiane agissent à la fois sur la thermogenèse et la thermolyse.

Le **refroidissement et l'échauffement des centres nerveux** produisent des modifications inverses de la température centrale. Ces modifications disparaissent après destruction des centres malheureusement insuffisamment délimités au cours des ces expériences.

Les **réactions au chaud et au froid**, tel le frisson, font défaut chez les animaux qui ont subi une lésion destructive de la région hypothalamique. L'échauffement du tuber produit un abaissement thermique et une forte sécrétion sudorale qui peut être produite isolément par excitation d'un centre frontal sus-chiasmatique. L'échauffement des centres produit une vaso-dilatation de l'oreille.

L'**hyperthermie** ou l'**hypothermie** peuvent être produites par de nombreuses substances chimiques ou bactériennes. L'effet hypothermisant de certains de ces poisons s'accuse après circulation d'eau chaude dans les centres. Après ablation du cerveau intermédiaire chez le lapin, l'inoculation de trypanosome ou l'injection de cultures de staphylocoques ne produit pas de fièvre. Cette même absence d'élévation est notée chez les animaux infundibulectomisés après injection de poisons bactériens, de sérum, de diverses substances chimiques.

La physiologie expérimentale fournit donc une documentation importante à l'étude de la régulation thermique : excitabilité des centres, avec une localisation élective dans la région infundibulo-tubérienne, leur réactivité vis-à-vis de la température du sang, des modifications de la température focale, leur rôle dans l'hyperthermie pharmacodynamique et l'hyperthermie fébrile.

II. **Pathologie.** — L'hyperthermie a été signalée dans de nombreuses affections du système nerveux central ; mais avant de l'attribuer à une cause nerveuse, il faut éliminer les autres facteurs éventuels : complications intercurrentes, accidents broncho-pulmonaires, maladie infectieuse.

Dans les **tumeurs cérébrales**, il faut de s'efforcer de faire la part de la localisation et celle de la pression du liquide céphalo-rachidien. On peut observer des courbes thermiques à type fébrile qui sont à l'origine d'importantes erreurs de diagnostic. Dans les tumeurs strictement localisées à l'infundibulum, la température reste habituellement normale, mais à des intervalles plus ou moins irréguliers apparaissent des crises d'hyperthermie comparables aux crises de narcolepsie, aux crises végétatives signalées dans d'autres domaines. Ordinairement, les divers phénomènes s'associent ; c'est ainsi que l'association hyperthermie-narcolepsie a été plusieurs fois signalée.

L'hyperthermie peut s'observer aussi dans les tumeurs de la base, les tumeurs de l'hypophyse, les tumeurs qui compriment le plancher du troisième ventricule.

L'**hyperthermie chirurgicale** est connue depuis longtemps et l'hyperthermie post-opératoire est la « bête noire des chirurgiens ». Généralement accompagnée de symptômes graves, elle est parfois très précoce, pouvant survenir au cours même de l'intervention. Elle a été souvent constatée au cours d'interventions sur la région hypophysaire ou juxta-hypophysaire, mais elle reste dans a majorité des cas indépendante du siège du néoplasme. Elle paraît liée au déséquilibre de la pression intraventriculaire et peut-être à la réaction des plexus choroïdes ; il est possible que la réfrigération relative prolongée des centres ou des troubles circulatoires jouent un rôle. Elle serait moins fréquente si un drainage est établi. Dans certains cas plus tardifs, il peut s'agir de méningite aseptique.

D'autres interventions, ponction du corps calleux, ponction ventriculaire, ventriculographie, encéphalographie, voire simple ponction lombaire, peuvent la produire.

L'**encéphalite épidémique** s'accompagne avec prédilection de troubles thermiques qui se présentent sous des aspects divers :

Hyperthermie d'emblée, qui constitue un syndrome de gravité et non de fatalité ;

Poussées d'hyperthermie échelonnées sur une longue période ;

Inversion du rythme thermique ;

Légère hypothermie.

Ces troubles sont habituellement associés à des troubles végétatifs.

Dans le **diabète insipide**, les troubles thermiques sont plus rares.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'étude des variations thermiques au cours des affections organiques du système nerveux apporte donc des indications encore indécises sur le rôle qui revient aux centres tubériens. Il serait utile d'étudier ces malades avec plus de méthode. Il serait aussi intéressant d'étudier les autres phénomènes habituellement concomitants en cas de fièvre ; c'est ainsi notamment que certaines influences pathologiques, mécaniques ou chimiques s'exerçant sur les centres et notamment sur la région infundibulaire peuvent faire apparaître une leucocytose, une leucopénie, une polyglobulie ou une diminution du nombre des globules rouges.

III. **Mécanisme physiologique.** — Les uns accordent une plus grande importance à la thermolyse, d'autres à la thermogenèse. Il semble que même sur ce dernier mécanisme les centres nerveux puissent avoir une influence considérable.

Il est encore à peu près impossible de dire si les lésions de la région hypothalamique sont irritatives ou paralytiques ; de même l'étendue des lésions chez l'homme n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des troubles végétatifs, et de très importantes lésions peuvent ne s'accompagner d'aucun trouble ; il faut remarquer d'ailleurs que, dans bien des observations, l'étude des troubles thermiques manque de précision.

Dans l'étude physiologique chez l'animal, beaucoup plus riche en enseignements, les troubles thermiques sont aussi malheureusement trop souvent passés sous silence.

L'étude des phénomènes observés dans des conditions pathologiques, qu'ils soient subjectifs (besoins) ou objectifs (réactions), est aussi particulièrement instructive, notamment au cours des interventions chirurgicales. Tout se passe comme si le plancher du troisième ventricule représentait un carrefour de première importance où aboutiraient les exigences de l'organisme, quelques-unes se présentant comme des lésions conscientes, parce que la satisfaction nécessite l'intervention de la volonté et du système cérébro-spinal, les autres restant inconscientes comme les fonctions de nutrition, les métabolismes, la régulation thermique.

Les réactions physiologiques de cette région sont des réflexes très différents des réflexes usuels, l'afférence étant à la fois nerveuse et physico-chimique, l'efférence étant de destinée variable suivant la qualité et l'origine de l'afférence. Cette variabilité est considérable suivant la nature, le siège de l'excitant, et même d'un sujet à l'autre, d'un moment à l'autre.

On a pu se demander si la région tubérienne n'agissait pas comme centre végétatif par l'intermédiaire d'une véritable hormone. Il n'en est rien, et des expériences de section ont montré l'existence de voies conductrices entre ces centres et la périphérie, par l'intermédiaire de centres secondaires bulbaires et spinaux.

Les excitations sont ainsi transmises aux organes et aux appareils ; les glandes vasculaires sanguines, le foie, la rate, le muscle, jouent un rôle important dans la thermorégulation.

Mais le mécanisme interne des phénomènes physico-chimiques et biologiques qui sont ainsi produits déborde le cadre de ce rapport.

L'hyperthermie *post mortem* est difficilement explicable. Peut-être est-elle due à la suspension définitive des fonctions nerveuses modératrices.

La complexité des phénomènes végétatifs est telle qu'il est très artificiel de parler de centres; comme le font la majorité des auteurs. Et si le tuber joue un rôle prépondérant dans la régulation thermique, il ne faut pas oublier que des lésions plus ou moins éloignées peuvent aussi modifier la courbe thermique ; on doit aussi tenir compte de l'individualité.

Les recherches expérimentales mises à part, il faut donc reconnaître que la plupart des observations empruntées à la pathologie apportent plus d'argments de probabilité que de certitude en faveur d'un centre tubérien ou hypothalamique, mais la juxtaposition des désordres thermiques et d'autres troubles végétatifs dans la séméiologie infundibulaire leur confère une valeur indéniable qui permet de comprendre la régulation indunfibulo-tubérienne dans le plan général anatomique et physiologique de la régulation thermique.

Discussion des rapports.

MM. Roussy et Mosinger pensent que l'hypothalamus doit être définiembryologiquement par les formations nerveuses provenant de la plaque limitante du diencéphale et du segment inférieur de la plaque sous-épendymaire du diencéphale ; tandis que la plaque du fond donne naissance au diencéphale moteur. Ils éliminent ainsi de l'hypothalamus : 1° les segments internes du thalamus (substance grise périventriculaire, noyaux de la commissure médiane, noyau paratænial) ; 2° la zone pré-optique développée autour du recessus sus-optique qui est télencéphalique.

Les auteurs proposent de diviser l'hypothalamus végétatif, ou hypothalamus proprement dit, en deux segments : *a)* l'hypothalamus antérieur ; *b)* l'hypothalamus postérieur. Cette subdivision qui diffère essentiellement de l'ancienne distinction de Ris (*pars optica* et *pars mamillaris*) se justifie du point de vue histophysiologique, L'hypothalamus antérieur contient, en effet, les noyaux excito-sécrétoires de l'hypophyse et d'un autre côté, tout en envoyant des fibres aux noyaux végétatifs sous-jacents, s'imprègne de colloïde hypophysaire.

L'hypothalamus postérieur comprend deux segments : le segment mamillaire à fonctions olfacto-végétatives et le segment péri-mamillaire à fonctions végétatives.

Les auteurs retiennent parmi les connexions de l'hypothalamus, les fibres afférentes et les fibres efférentes. Les fibres afférentes proviennent en grande partie des centres olfactifs primaires ou secondaires, du cortex temporal, du thalamus, des formations extrapyramidales et des voies sensitives et sensorielles centrales. Les fibres efférentes de l'hypothalamus vont à l'hypophyse (faisceau hypothalamo-hypophysaire) au thalamus, aux centres extra-pyramidaux, aux noyaux végétatifs mésencéphalo-bulbo-médullaires.

Dans leurs conclusions physiologiques, les auteurs insistent d'abord sur le fait que le système cérébro-spinal entre en connexions intimes avec le système neuro-végétatif au niveau de l'hypothalamus qui est ainsi le centre réflexe principal des réflexes sensitivo et sensorio-végétatifs. Les relations inter-centrales entre l'hypo-


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour,
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
r.c 18 000
Roger Dacosta. Edit.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

thalamus et le système extrapyramidal expliquent dans une certaine mesure l'intrication fréquente des phénomènes végétatifs et extrapyramidaux et les troubles extrapyramidaux dans les lésions hypothalamiques Quant au complexe hypothalamo-hypophysaire, deux groupes de mécanisme doivent être envisagées : les mécanismes corrélatifs et des mécanismes doués d'automatisme.

En terminant, les auteurs insistent sur l'absence de voies hypothalamo-corticales directes. Les troubles psychiques observés dans les lésions de l'hypothalamus doivent s'expliquer dans une large mesure par le fait que le cortex est, par rapport à l'hypothalamus, un organe d'exécution.

M. Nicolesco (Bucarest) pense que la dénomination topographique qu'il a adoptée avec Foix correspond à la réalité. Il précise les connexions des noyaux du diencéphale médian en montrant en particulier qu'il faut séparer le noyau périventriculaire juxta-trigonal des noyaux végétatifs qui appartiennent au champ de Forel. Il rappelle que le système porte hypophyso-tubérien envoie des ramifications plus nombreuses dans la région du noyau périventriculaire juxta-trigonal.

Il montre l'étroitesse des connexions hypophysotubériennes : des métastases néoplasiques de l'hypophyse postérieure peuvent donner des lésions de la bandelette optique et produire un diabète insipide ; le métabolisme de l'eau et des sels nécessite l'intégrité des noyaux de la bandelette, des noyaux périventriculaires et de l'hypophyse.

M. André Thomas, malgré l'intérêt des travaux anatomiques, pense qu'il n'en faut pas vouloir tirer plus qu'ils ne peuvent donner ; il faut en effet tenir un grand compte des différences réactionnelles individuelles.

M. Fedele Negro (Turin) se demande si la polyarthrite chronique ankylosante ne dépend pas de l'appareil diencéphalique. Il a traité avec succès des polyarthrites avec des doses élevées de lobe postérieur d'hypophyse. Il souligne la fréquence du rhumatisme chronique chez les parkinsoniens chez qui les lésions infundibulaires sont fréquentes.

M. Froment (Lyon) souligne le fait que d'importantes lésions du tuber peuvent ne déterminer aucun syndrome végétatif. Hypophyse et thalamus semblent deux parties d'un tout. Les troubles psychiques infundibulaires sont vraisemblablement de nature onirique.

M. Lhermitte pense, en effet, que l'hallucinose pédonculaire est un sommeil dissocié.

MM. T. de Martel et J. Guillaume ont étudié depuis plusieurs années les réactions neuro-végétatives et en particulier les troubles de la régulation thermique secondaires aux interventions sur l'encéphale ; ils ont été amenés à considérer l'hypertension intraventriculaire comme jouant un rôle capital dans le déterminisme de ces troubles. Par un dispositif spécial leur permettant de maintenir constante cette pression et de contrôler ses variations, ils ont pu apporter de nombreux faits en faveur de l'intervention des centres diencéphaliques. Ils ont montré que toute variation brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien dans le troisième ventricule aussi bien dans le sens d'une hypotension que d'une hypertension agissait sur ces centres.

D'autre part, le traumatisme direct de la région infundibulo-tubérienne au cours des interventions sur la région hypophysaire déclenche des troubles de la régulation thermique dont l'apparition est rapide et indépendante des modifications de tension intraventriculaire.

Ils concluent donc au rôle capital de ces centres, qu'ils soient atteints directement au cours de l'intervention ou secondairement par l'intermédiaire des modifications de tension du liquide céphalo-rachidien.

M. André Thomas est entièrement de l'avis de M. de Martel. Il souligne l'intérêt de la différenciation entre l'hyperthermie par dénivellement du liquide céphalo-rachidien et l'hyperthermie par excitation de la région infundibulaire. Il y aurait intérêt à étudier la température de façon continue avec des thermomètres physiologiques.

M Guillain se demande si, comme en cas d'hémorragie méningée, le sang épanché n'est pas un facteur pyrétogène.

M. de Martel croit en effet que le sang peut avoir une action irritante sur le liquide céphalo-rachidien ; mais il n'est pas en soi-même pyrétogène, notamment quand il est épanché dans le péritoine ou dans une articulation. Il peut obstruer les voies de sortie du liquide céphalo-rachidien. Le drainage est fort utile, car il empêche le sang de s'accumuler dans le liquide céphalo-rachidien.

M. André Thomas oppose l'intervention opératoire à la ventriculographie,; dans le premier cas, les facteurs pyrétogènes sont multiples et on ne peut négliger le rôle du sang.

M. de Martel pense qu'il y aurait intérêt à réchauffer la salle d'opération à 40° ; mais cela n'est pas tolérable pour la majorité des chirurgiens.

M. David souligne l'importance des irritations méningées à la suite des injections d'air ; on peut voir de véritables méningites puriformes aseptiques. M. Clovis Vincent n'observe plus d'hyperthermie malgré l'absence de drainage. Il faut tenir compte du sang épanché et surtout de l'œdème cérébral ; ce dernier est de plus en plus rare.

Communications.

Epilepsie diencéphalique post-traumatique. — M. Brousseau rapporte l'observation d'un homme de vingt-cinq ans qui, à la suite d'un traumatisme occipital suivi de céphalée tenace, présenta de la sudation des mains, des bâillements, de la somnolence qui firent porter le diagnostic d'épilepsie diencéphalique.

L'encéphalographie montra l'absence de dilatation ventriculaire. L'hyperpnée permit le déclenchement de troubles sympathiques reproduisant exactement les troubles spontanés : vaso-dilatation cutanée, hypersécrétion lacrymale et sudorale, horripilation, tremblements, frissons, bâillements incoercibles, somnolence progressive, ralentissement de la respiration, abaissement de l'indice oscillométrique. La ponction lombaire montra de l'hypertension avec hyperalbuminose. Dans une seconde série d'expériences, on observa de plus des secousses myoclonique du membre supérieur gauche.

Forme fébrile hémimyoclonique pseudo-encéphalitique d'un gliome kystique du tronc cérébral. — MM. Roger, Raybaud et Mosinger (Marseille) apportent un cas dont l'intérêt fut marqué par l'existence d'hyper-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

thermie avec tout un riche cortège symptomatique : myoclonies, atrophie musculaire des extrémités dont la marche, répartie sur une durée de cinq ans, évolua en trois phases : la première pseudo-infectieuse, la seconde pseudo-encéphalitique, thalamo-striée, la troisième enfin objectivant, dans les derniers jours de la vie, la présence d'une tumeur de l'encéphale, un oligodendrogliome du méso-diencéphale très expansif.

Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse. — M. Cossa (Nice). — Chez une malade porteuse depuis quarante ans d'un goitre parenchymateux, survenue d'une crise brutale de délire hallucinatoire, en relations avec une hypertension artérielle à 20-13-9. Traitement à l'acétylcholine. Régression rapide des troubles mentaux et de l'hypertension. Puis extirpation du goitre. Depuis (six mois), la tension artérielle et l'état psychique sont normaux. Le mécanisme vasomoteur paraît ici indiscutable comme intermédiaire entre le désordre glandulaire et le désordre psychique. A-t-il été seul en jeu? Y a-t-il eu action directe de la sécrétion endocrine anormale sur les centres diencéphaliques — et sur lesquels?

Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite léthargique. — MM. G. Marinesco et G. Buttu rapportent l'observation d'un malade qui — à la suite d'une encéphalite léthargique — présenta, en dehors des symptômes parkinsoniens, le tableau d'un syndrome infundibulo-tubérien caractérisé par une dystrophie adiposo-génitale (précédée d'une phase d'hyperexcitation génitale) et par des troubles de l'élimination aqueuse.

La succession des troubles génitaux les fait croire à l'existence isolée des centres tubériens qui régissent les fonctions sexuelles.

Syndrome infundibulo-tubérien à la suite d'un traumatisme cranien. — MM. G. Marinesco, R. Façon et A. Bruch relatent l'observation d'un malade qui, après un traumatisme cranien, présenta : *a*) des troubles pyramidaux et vestibulaires (ces derniers décelés par la recherche des réflexes de position) ; *b*) des troubles du fonctionnement des centres tubériens caractérisés par des troubles génitaux, des troubles de l'élimination aqueuse et de la répartition des lipides, et de l'insomnie ; *c*) des crises « hystéroïdes ».

Ils attirent l'attention sur la fréquence des troubles génitaux à la suite des traumatismes craniens et émettent l'opinion que ceux-ci sont dus à des lésions minimes des centres génitaux tubériens.

Quant aux crises « hystéroïdes » qui font partie du tableau de la névrose post-commotionnelle, ils les rapprochent des crises hypertoniques qui surviennent chez les parkinsoniens et leur assignent aussi comme substratum un trouble humoral réversible dans la région sous-corticale.

La division amitosique dans les cellules nerveuses végétatives de l'hypothalamus. — M. Dide (de Toulouse), évoquant ses travaux de 1902 sur la division amitosique des cellules nerveuses adultes du cobaye, montre que le phénomène est constant et normal chez l'homme dans le mésocéphale, quoique relativement rare. Si les auteurs ont méconnu ce fait évident, c'est qu'ils ont recherché des figures de karyocinèse, effectivement absentes, alors que la division nerveuse, tant chez l'embryon que chez l'adulte, se réalise par scissiparité.

M. Lhermitte a observé des cellules à deux noyaux dans le diencéphale.

M. Nicolesco pense que les cellules à deux noyaux réalisent un point de passage entre système nerveux périphérique et système nerveux central.

M. Jean Titica (Bruxelles) a vu des métaphases dans les cellules nerveuses.

Les syndromes hypothalamiques en psychiatrie. — M. Maurice Dide (de Toulouse) rappelle que le grand groupe des vésanies relève d'une perversion ou d'un fléchissement des sources instinctives et végétatives de la pensée ; la plus complète parmi les vésanies est l'hébéphréno-catatonie qu'on devrait appeler *athymhormie* (défaut d'élan viscéral). Ce vaste syndrome a permis à l'auteur d'y révéler, depuis une trentaine d'années, toutes les manifestations connues des anomalies hypothalamiques (lipodystrophie infundibulo-tubérienne avec, accessoirement, anomalies génitales, pseudo-œdème, variation de la formule leucocytaire et de la régulation thermique, diabète insipide, etc.). La pathologie mentale des états vésaniques entre ainsi dans une voie scientifique. La subordination des troubles perceptifs et représentatifs à des fléchissements de l'instinct reçoit de la sorte une explication objective.

M. Lhermitte souligne la fréquence des troubles sexuels et neuro-végétatifs dans l'hébéphréno-catatonie et la paralysie générale ; dans ces cas, on observe assez souvent des lésions infundibulo-tubériennes. Mais il serait excessif de situer le siège de la conscience à ce niveau.

Études expérimentales sur le mécanisme du sommeil. — M. Néri (Bologne) a pratiqué l'excitation de l'infundibulum chez des chiens à circulation croisée ; le sommeil est apparu immédiatement chez l'animal excité et s'est accompagné des modifications respiratoires habituelles en ce cas ; l'autre animal n'a présenté aucune réaction. Le mécanisme du sommeil est donc purement nerveux et non humoral.

M. Lhermitte pense qu'il y a là essentiellement une action d'inhibition réflexe.

M. Thomas montre l'intérêt qu'il y aurait à rechercher par cette méthode les troubles thermiques.

Troubles de la respiration et de la pression artérielle par excitation mécanique de l'infundibulum. — M. Néri obtient par traction sur l'infundibulum un rythme respiratoire périodique. Ce « rythme périodique infundibulaire » s'observe au cours des accès de migraine.

M. Tournay souligne l'intérêt de ces respirations périodiques ; il faut distinguer la respiration de Cheynes Stokes et la respiration en apneuse.

Trois cas de tumeur cérébrale avec atteinte diencéphalique. — M. Ayala (Rome) rapporte trois cas de tumeur cérébrale dans lesquels s'observent des symptômes d'atteinte du méso-diencéphale.

Quelques données nouvelles sur le métabolisme de l'eau. — M. Rizzo (Milan) a étudié le métabolisme de l'eau dans le diabète insipide par l'épreuve de dilution de Volhardt ; il a observé d'importantes modifications de la courbe d'élimination de l'eau et des chlorures.

Diabète insipide consécutif à une fièvre typhoïde datant de cinq ans. Guérison par rœnt-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

genthérapie de la région diencéphalique. — M. Vercelli (Milan) a observé un diabète insipide après une fièvre typhoïde chez une femme de vingt-sept ans ; la polydypsie avait précédé la polyurie. Le traitement radiothérapique fut suivi de succès.

Lésions infundibulaires dans un cas de syndrome neuro anémique. — MM. Lhermitte, Worms et Ajuriaguerra, dans un cas de syndrome neuro-anémique, ont observé, outre les lésions médullaires habituelles, des lésions dégénératives du corps strié et du globus pallidus et des hémorragies dans les gaines de l'infundibulum ; ils rapprochent ce cas d'un cas de Paviot et Dechaume.

Tumeur du troisième ventricule et hyperthermie. — M. André Thomas, chez un malade dont l'aspect clinique rappelait celui d'une tumeur du cervelet, a observé une hyperthermie post-opératoire à 42° sans aucun autre syndrome végétatif. Il s'agissait d'une tumeur infiltrée du troisième ventricule.

Influence de certaines réactions conjonctivo-lymphatiques sur les troubles vago-sympathiques des affections intracraniennes. — M. Alquier, pense que le tissu conjonctif accolé au squelette cranio-rachidien est infiltré et enraidi dans toute affection inflammatoire ou dégénérative du névraxe. La réflexothérapie de la rétractilité tissulaire assouplit les crispations et enraidissements, faisant jouer un réflexe neuro-négétatif, distinct de la vaso-motricité. Ce réflexe réalise la diffusion des infiltrats, et leur résorption. En même temps, s'améliorent bien des symptômes, qui reparaissent dès qu'une irritation reproduit la crispation tissulaire.

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS DEJERINE

Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales.

M. LUDO VAN BOGAERT (Anvers).

La réunion sous l'appellation générale de « dysplasies neuro-ectodermiques congénitales » que l'auteur a adoptée n'est pas arbitraire. Trois d'entre elles ont en commun leur origine dystrophique, leur siège ectodermique, et de se développer aux dépens d'ébauches fœtales du même âge. On peut contester, d'un point de vue embryologique, l'appellation de dystrophie ectodermique. On verra en effet dans l'exposé des faits qui vont suivre que la malformation peut s'étendre aux dérivés mésodermiques, sinon endodermiques. Nous voulons exprimer par cette appellation que *les manifestations les plus apparentes, celles qui sont la base du type clinique, restent localisées au revêtement cutané, à l'ectoderme neural et à ses prolongements*. Sans doute, l'origine intime de ces dysplasies si protéiformes n'a-t-elle rien livré de son secret. Mais, que vaut cette ignorance si l'on songe aux *problèmes généraux* que pose l'étude de ces maladies ?

L'exploration de la sclérose tubéreuse nous ramène à l'étude des spongioblastomes.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'histologie des schwannomes périphériques conduira peut-être à une revision du problème des névrites hypertrophiques. L'étude des neuro-fibromatoses à évolution maligne touche à celle des néoplasmes conjonctifs. L'exploration de l'angiomatose renouvellera la classication des tumeurs rétiniennes et optiques.

Ce rapprochement nosologique est en outre justifié par quatre ordres de faits :

1° *Les tumeurs de la neurofibromatose, de la sclérose tubéreuse, de l'angiomatose adoptent fréquemment une disposition métamérique* et parfois — par exemple dans le cas des nævi pigmentaires et sanguins — *une topographie cutanée qui répond à l'innervation sympathique.* De telles répartitions confirment les relations neurales de leur développement ;

2° *Les dysplasies ectodermiques et mésodermiques naissent* dans les trois maladies, le plus volontiers, *au niveau de territoires d'une haute intrication embryonnaire*, se conformant à un principe général connu en tératologie. Nous savons en effet que la différenciation des feuillets et du tube neural atteint sa plus grande complexité au niveau des renflements céphalique et caudal. Or, c'est à ce niveau que les manifestations tumorales et dystrophiques tendent à se grouper ;

3° *La participation mésodermique est commune aux trois maladies* Elle diffère de l'une à l'autre, variable dans la neurofibromatose, importante dans l'angiomatose, différente d'un cas à l'autre dans la sclérose tubéreuse. L'incidence de ces manifestations conjonctives réalise des types mixtes d'une importance théorique considérable, mais dont on s'est servi à tort pour contester l'individualité clinique des trois états ;

4° *Ces dysplasies prennent naissance dans une période fœtale assez limitée.* Celles de la sclérose tubéreuse et de la neurofibromatose répondent à une période plus ancienne et qu'on peut situer aux environs des troisième et quatrième mois de la vie intra-utérine.

5° L'étude de ces malades touches au problème de la *pathologie constitutionnelle.* Leurs relations entre elles sont démontrées non seulement par l'existence des types de transition, par l'analogie de leurs lésions histo-pathologiques, mais par ce fait que chacun de leurs symptômes doit être envisagé en connexion avec ceux qui l'accompagnent, sous peine d'en méconnaître ou d'en surestimer la signification. C'est de ce dernier fait que l'étude des formes frustes tire son importance ; mais on comprendra aussitôt qu'elle n'est instructive que dans le cadre de la pathologie familiale où leur vraie signification, au point de vue de la perpétuation du type morbide, se découvre dans les générations successives.

Le travail que l'auteur apporte aujourd'hui porte sur un nombre restreint d'observations sélectionnées soigneusement et dont l'exploration a été conduite aussi loin que possible. Il a écarté presque toutes les observa-

tions sporadiques. La majorité de ces cas n'ont pu être étudiés aussi complètement que grâce à la collaboration des nombreux chercheurs.

La syphilis du cervelet.

M. CHRISTOPHE (Paris).

Ne pouvant envisager dans son travail la totalité des faits susceptibles d'être rattachés à la syphilis du cervelet ou de ses conducteurs, l'auteur limite son étude aux faits anatomo-cliniques ayant pour base des lésions diffuses syphilitiques, méningo-parenchymateuses, véritable expression de la syphilis du cervelet. Cette méningo-cérébellite syphilitique doit être envisagée sous plusieurs chefs principaux :

1° *La méningo-cérébellite de la paralysie générale.* Celle-ci, dans les formes typiques de l'affection, se traduit par des lésions anatomiques exclusives que l'auteur a étudiées dans 9 cas de paralysie générale de l'adulte et un cas de paralysie générale juvénile. Cliniquement, il est souvent difficile d'établir une concordance entre les ésions anatomiques et des nuances cliniques donnant une note cérébelleuse à certains symptômes habituels de la paralysie générale.

Dans les formes cérébelleuses de la paralysie générale au contraire, dont l'auteur rapporte 4 cas, dont 2 anatomo-cliniques, aux lésions de méningo-cérébellite prédominantes, correspond une symptomatologie cérébelleuse bilatérale à prédominance des troubles statiques. Ces formes doivent être différenciées de certains hémi-syndromes cérébelleux à prédominance de troubles de la coordination, observés chez les paralytiques généraux, et qui correspondent à des lésions en foyer siégeant au niveau des conducteurs ;

2° *Certaines atrophies cérébelleuses* au cours de syphilis diffuses du névraxe pouvant se traduire par des lésions d'apparence systématisée et qui sont des formes de transition entre la méningo-cérébellite de la paralysie générale et

3° *Les atrophies cérébelleuses progressives d'origine syphilitique.* Faisant l'étude clinique d'une de ces formes, l'auteur discute ses rapports avec les atrophies progressives dégénératives du type de l'atrophie corticale tardive.

L'étude de cette méningo-cérébellite syphilitique aboutit ainsi, par l'observation de faits voisins les uns des autres, à discuter la question capitale du rôle de la syphilis à l'origine d'atrophies cérébelleuses systématisées, dites abiotrophiques, et, si l'on veut aller plus loin le rôle de l'hérédo-syphilis comme facteur d'hérédo-dégénérescence à l'origine d'affections cérébelleuses primitives.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1934.

Rapport. — M. RADAIS lit un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

Syphilis expérimentale. — M. BÉCLÈRE apporte un travail sur la transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine.

Le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal. — MM. GAUDIER et DEMAREZ apportent une très intéressante note sur ce sujet. Ils rappellent que le professeur Saint-Jacques, de Montréal, dans une communication à l'Académie le 30 janvier 1934, préconisait comme traitement des infections les injections intraveineuses de 3 à 4 centimètres cubes d'une suspension à 2 p. 100 de carbone animal finement pulvérisé.

M. Gaudier a expérimenté la méthode dans 25 cas d'infections très différentes. Il a obtenu des résultats excellents fort encourageants. Il insiste sur l'innocuité complète de ce mode de traitement.

Etude sur les radiations mitogénétiques. — MM. MARINESCO, JONESCO-SISESLI et SAGER. — Employant deux méthodes différentes, les auteurs montrent que le pouvoir radiant du sang varie chez le sujet normal en rapport avec l'âge, atteignant son maximum chez l'enfant et disparaissant totalement chez les vieillards.

A l'état pathologique, le pouvoir irradiant varie avec la maladie. Dans un grand nombre d'expériences portant sur les maladies familiales du système nerveux, les auteurs ont trouvé une diminution considérable du pouvoir mitogénétique indépendamment de l'âge et de l'état général des sujets.

De plus, les auteurs ont été les premiers à chercher le pouvoir mitogénétique du bout central et du bout périphérique du nerf sectionné, en démontrant qu'il existe une différence manifeste entre les deux bouts en faveur du bout central. Les expérimentateurs voient l'explication de ce phénomène dans l'intensité du processus oxydan que l'on trouve dans le bout central.

Enfin, dans une autre série d'expériences les auteurs cherchent à démontrer l'existence d'une augmentation du pouvoir mitogénétique dans l'*area striata* (champ 17) du lapin après un éclairage intense de l'œil correspondant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet 1934.

A propos du diagnostic des tumeurs des hypocondres. — MM. CHIRAY, G. ALBOT et A. BOSQUET soulignent l'intérêt de l'urétéro-pyélographie régrograde dans le diagnostic des tumeurs des hypocondres. Ils rapportent deux cas de tumeurs rétropéritonéales ; l'une, un kyste de la queue du pancréas, simulait une splénomégalie ; l'autre, un fibrome rétropéritonéal, simulait une hépatomégalie. Dans les deux cas le diagnostic fut réformé grâce à l'urétéro-pyélographie.

Image arrondie d'infarctus pulmonaire au cours d'un anévrysme aortique. — MM. ED. BENHAMOU et C. FOURÈS (Alger) rapportent l'observation d'une femme de trente-six ans, tabétique, qui présenta un syndrome médiastinal d'allure subaiguë en rapport avec un anévrysme probable de la crosse de l'aorte. L'apparition d'une image intra-pulmonaire arrondie, à contours nets et comme tracés à la plume, au cours de l'évolution et l'absence de battements de la tumeur médiastinale firent discuter la lymphogranulomatose, le lymphosarcome, le cancer et les kystes hydatiques du poumon. L'autopsie confirma le diagnostic d'anévrysme aortique compliqué d'un énorme infarctus pulmonaire. Cette observation, s'ajoutant aux documents récemment publiés, montre que l'infarctus pulmonaire n'a pas toujours les contoures flous décrits par les traités et que la description radiologique des infarctus pulmonaires mérite d'être revisée. Cette observation montre aussi que dans l'anévrysme de l'aorte des lésions d'endartérite pulmonaire peuvent s'ajouter aux lésions aortiques et que la mort peut être causée par un infarctus pulmonaire, complication qui ne semble pas avoir été signalée jusqu'à présent et qui est peut-être responsable de certaines hémoptysies terminales.

Etude biologique d'un cas d'hépatonéphrite infectieuse aiguë. — MM. RATHERY, M. DEROT et MOLINE rapportent une observation d'hépatonéphrite aiguë très vraisemblablement due au staphylocoque ; mais, plus que la discussion étiologique, c'est l'étude biologique qui a semblé à ses auteurs digne de retenir l'attention ; leur malade a présenté en effet non seulement un ictère et de l'albuminurie, mais des troubles profonds du métabolisme azoté, du métabolisme du chlore et même du métabolisme des glucides ; durant une première période, en effet elle a présenté un azote résiduel sanguin relativement élevé et une urée relativement basse ; plus tard, le taux de l'urée s'est élevé à son tour. Le chlore plasmatique et le chlore globulaire étaient bas, la réserve alcaline haute, mais malgré cela un essai de rechloruration a montré l'existence d'une rétention chlorée. Le sucre libre était très légèrement au-dessus de la normale, le sucre pancréatique très fortement élevé. Cette observation souligne l'importance des troubles organiques accompagnant les hépatonéphrites.

Chrysopexie et chrysocyanose (Etude anatomo-clinique). — MM. FR. RATHERY, M. DÉROT, S. DOUBROW et Mlle JAMMET considèrent que la chrysocyanose est une complication relativement rare des traitements auriques prolongés. L'observation que rapportent les auteurs comporte une étude anatomique complète.

Dans la peau, l'or a pu être mis en évidence dans les régions pigmentées, mais les méthodes histo-chimiques employées n'ont pas permis d'en constater la présence dans les zones de peau demeurées blanches. Dans le rein, la rate et la surrénale, un pigment aurique a été constaté ; ce sont surtout les histiocytes qui dans les deux premiers organes paraissaient retenir l'or ; dans la surrénale, la surcharge pigmentaire était particulièrement abondante dans les spongiocytes.

Erythème polymorphe au cours d'une pneumopathie aiguë à rechute. Streptococcie ou tuberculose? — MM. M. DUVOIR, L. POLLET et A. PICQUART rapportent l'observation d'une malade de vingt et un ans, sans antécédents tuberculeux, qui présenta brusquement six semaines après un accouchement normal, au moins en apparence, une pneumopathie aiguë de la base droite avec nombreux streptocoques dans les crachats. Cette affection pulmo-

naire fut rapidement accompagnée d'un érythème poly morphe généralisé érythémato-papuleux, vésiculeux et noueux. Puis, une quinzaine de jours après une défervescence lente et d'ailleurs incomplète, se produisit une reprise de la pneumopathie accompagnée d'expectoration hémoptoïque. Les crachats contenaient moins de streptocoques et on n'y décela pas de bacilles de Koch ; mais leur inoculation tuberculisa le cobaye. D'ailleurs de nouvelles radiographies devaient montrer ultérieurement des mouchetures évoquant l'idée de tuberculose des deux tiers inférieurs du poumon droit.

Bien que rien ne permette de trancher avec certitude entre les deux étiologies streptococcique et bacillaire de l'érythème polymorphe qui se trouvent réunies dans cette observation, les auteurs s'orientent vers la seconde. Ils pensent que, grâce à une certaine anergie résultant surtout de l'infection streptococcique, il s'est produit une septicémie tuberculeuse atténuée qui engendra l'éruption polymorphe et se localisa ensuite sur le poumon avec d'autant plus de facilité que le terrain était préparé par la broncho-pneumonie aiguë streptococcique.

Intoxication mortelle par le salicylate de soude. — MM. G. Paisseau, E. Friedman et C. Vaille rapportent l'observation d'une enfant de dix ans, atteinte d'endocardite rhumatismale évolutive, et qui, au cinquième jour d'un traitement salicylé (2 grammes intraveineux et 5 grammes par voie rectale), présenta des signes d'intoxication caractérisés par un état semi-comateux, un rythme respiratoire de Kussmaul, une odeur chloroformique de l'haleine ; il s'agissait là d'une acido-cétose d'origine salicylée, que les examens de laboratoire ont authentifiée. Parallèlement à ce syndrome d'acido-cétose, un syndrome d'insuffisance rénale se développa (azotémie à 1^{gr},28. albuminurie, cylindrurie). Malgré une alcalinisation intensive, la mort survint trois jours après le début des accidents. A l'autopsie, les auteurs constatèrent des lésions d'hépato-néphrite, discrètes en ce qui concerne le rein, mais d'une rare intensité pour les altérations du foie en état de dégénérescence graisseuse massive.

Acido-cétose. Etude biologique. — MM. G. Paisseau, E. Friedman et C. Vaille ont fait une étude biologique du cas d'acido-cétose qu'ils viennent de rapporter. Le syndrome d'acidose semblait très net, tant par ses caractéristiques urinaires (acétonurie importante, *p*H à 4,5, ammoniurie augmentée, résistance considérable à l'alcalinisation), que par ses stigmates sanguins (effondrement de la réserve alcaline à 9 volumes p. 100). Cependant, les auteurs ont noté deux particularités :

1° Un abaissement du rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl plasmatique}}$ (égal à 0,43), qui traduirait alors, pour certains, un état d'alcalose gazeuse, et ils rappellent, à ce propos, les divers mécanismes invoqués à l'origine de ce qu'on appelle l'acidose salicylée ;

2° Une hyperglycémie, qu'ils ont d'ailleurs réalisée expérimentalement chez le lapin, après administration de salicylate de soude. Les auteurs insistent sur la rareté de cet accident de la médication salicylée, qui semble nécessiter une *prédisposition individuelle.* Aussi, loin de proscrire les doses réellement efficaces du salicylate de soude, conseillent-ils de ne pas omettre l'adjonction de la dose double de bicarbonate de soude, — quelle que soit la voie d'administration du salicylate — et de rechercher systématiquement l'acétonurie, dont l'apparition est un signal de danger.

M. Hallé a vu chez une femme âgée ayant absorbé 35 grammes de salicylate en une fois des phénomènes d'acidose mortelle. Il pense qu'on administre actuellement le salicylate à doses trop élevées.

M. Comby trouve aussi qu'on exagère la posologie ; il donne habituellement 50 centigrammes par année d'âge. Le salicylate, qui agit très bien dans le rhumatisme articulaire aigu, n'agit pas dans les endocardites.

M. Apert ne prescrit le salicylate que dans les poussées aiguës. Il monte de 8 à 10 grammes pour les enfants de huit à dix ans et n'ajoute pas de bicarbonate.

M. Curnot rappelle le cas d'intoxication publié récemment par Halbron et Henri Bénard. On a augmenté progressivement les doses de salicylate et les médecins militaies emploient des doses considérables.

M. Pilod utilise sans aucun inconvénient chez le soldat dont le rein est en bon état des doses de salicylate allant jusqu'à 25 grammes par jour avec parties égales de bicarbonate.

M. Marchal préconise l'association salicylo-soufrée qui permet d'administrer des doses moindres. Il a observé des régressions dans des endocardites jeunes.

M. Jausion utilise dans le rhumatisme gonococcique l'association de salicylate et d'hyposulfite.

Péritonite à pneumocoques consécutive à une amygdalectomie. — M. Laederich et Mme J. Bernard-Pichon rapportent l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une amygdalectomie, a présenté d'abord une phase de septicémie, puis une péritonite à pneumocoques d'ailleurs peu virulents ; à aucun moment n'avait existé de localisation pulmonaire. Les auteurs pensent qu'il ne faut pas abuser de l'énucléation totale des amygdales.

Considérations sur un cas mortel d'angine de poitrine. — MM. Laubry et Heim de Balsac rapportent l'observation d'un malade qui, depuis vingt ans, présente des crises d'angine de poitrine de plus en plus fréquentes et violentes au point de l'immobiliser et de lui rendre la vie insupportable. A la suite de l'échec de tous les traitements étiologiques ou calmants et en l'absence de tout signe objectif clinique, radologique et électrocardiographique, les auteurs proposèrent l'intervention chirurgicale. Au cours de celle-ci, au moment où la chaîne sympathique découverte était anesthésiée à la cocaïne, le malade mourut subitement d'une crise violente d'œdème pulmonaire. L'autopsie montra un cœur normal, sans adhérence péricardique, sans lésion orificielle, sans lésion aortique, mais avec un système coronarien des plus altéré. Ces altérations furent d'ailleurs mises en évidence par l'opacification du système coronarien et des radiographies de la pièce.

Les auteurs insistent sur la longue durée de l'évolution sur le contraste existant entre l'intensité des signes fonctionnels et l'absence des signes objectifs cliniques et électrocardiographiques, et sur la mort au cours de l'intervention. Ils tirent des conclusions d'ordre général sur les contre-indiquations opératoires chez les cardiaques, en particulier les neurotoniques, et des considérations d'ordre pathogénique sur l'œdème aigu du poumon. Malgré l'in-

cident opératoire, les auteurs restent fidèles à l'intervention chirurgicale dans l'angine de poitrine, à condition que les indications, comme dans ce cas, soient formelles.

M. CLERC souligne le désaccord entre l'intensité des signes fonctionnels et l'absence de signes objectifs; il souligne aussi la longue tolérance des lésions coronariennes ; c'est pour lui avant tout une question de localisation. Le ganglion étoilé est un centre très important auquel mieux vaut ne pas toucher.

Etude comparative de l'azotémie et de la chlorurémie dans un cas de déchloruration prolongée. — MM. ETIENNE CHABROL et MARCEL CACHIN ont poursuivi cette étude chez une malade atteinte d'un cancer de l'utérus qui entraînait par compression urétérale une hydronéphrose intermittente et des accidents d'urémie digestive. Pendant trois mois, cette femme n'absorba aucune trace de chlorure de sodium et reçut pour toute médication des injections sous-cutanées de sérum glocosé à 40 p. 1 000. Dans ces conditions expérimentales, la courbe de l'azotémie et celle du chlore plasmatique évoluèrent en sesn inverse l'une de l'autre, conformément aux enseignements classiques. La courbe du chlore globulaire ne subit que de faibles variations, comprises entre 0gr,50 et 1 gramme, sans rapport avec les poussées d'azotémie.

Les auteurs soulignent la stabilisation prolongée du chlore plasmatique au chiffre normal de 3gr,50 p. 1 000 pendant la longue période d'accalmie où leur malade fut soumise à une spoliation chlorurée particulièrement sévère. Le taux du chlore sanguin ne s'abaissa que lors de la recrudescence de l'azotémie.

Association d'hypotrophie staturale, d'atrophie musculaire diffuse, de malformations osseuses chez un adolescent. — MM. LABBÉ, BOULIN, GOLDBERG et ANTONELLI présentent un adolescent de treize ans remarquable :

1° Par son hypertrophie staturale (1m,67) portant surtout sur les membres inférieurs.

2° Par des atrophies ou mieux aplasies musculaires multiples (deltoïde, sus-épineux, etc.).

3° Par des malformations ostéo-articulaires.

Il existe en outre un souffle cardiaque. Il n'a pas été possible de mettre en évidence ce dysfonctionnement d'une glande, mais l'hérédo-syphilis paraît probable.

M. APERT a observé des lésions thoraciques accompagnées de souffle systolique de la pointe ; il attribue ce syndrome à des malformations fœtales. Le cas présent est plus complexe.

M. FAURE-BEAULIEU demande si on a étudié le métabolisme des corps créatiniques, très troublé dans les myopathies.

M. GRENET signale l'existence de tache pigmentaire et rapproche ce cas de certaines formes frustes de maladie de Recklinghausen.

M. HALLÉ attire l'attention sur le sternum en entonnoir et les résultats chirurgicaux qu'on obtient actuellement dans cette malformation.

Nécrologie. — Le président lit une notice nécrologique sur *Mme Curie*.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1934.

Contusion herniaire. — M. HUET rapporte une observation exceptionnelle de contusion grave d'une élytrocèle. Il s'agissait d'une malade opérée quelques années plus tôt, et à qui il avait été fait une hystéropexie isthmique. On trouve à l'intervention une rupture du côlon pelvien. Mort.

Lobectomie pour bronchiectasie et abcès bronchiectasiant. — M. R. MONOD montre l'intérêt de la lobectomie en un temps par la méthode de Lilienthal. Il en dit aussi les difficultés :

Difficulté d'hémostase du pédicule pulmonaire ;

Danger de pleurésie, de médiastinite, d'emphysème sous-cutané ou médiastinal, que l'on peut éviter par un enfouissement très minutieux du moignon bronchique ;

Difficulté d'assurer la stabilisation du médiastin.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'anesthésie sous pression.

Il a pratiqué quatre lobectomies avec deux morts : l'une de choc, l'autre vraisemblablement par œdème médiastinal, et deux guérisons complètes.

En résumé, si la technique de l'intervention est aujourd'hui bien réglée, les indications opératoires sont difficiles à bien poser et d'elles découlent les résultats.

M. MAURER rapporte des points de détail de la technique de Roberts, et insiste en particulier sur la nécessité d'une très grande incision partant de la ligne de apophyses épineuses et suivant le septième espace jusqu'à la ligne axillaire antérieure avec section des 7e et 8e côtes.

Il faut aussi pratiquer des ligatures multiples et étagées du pédicule, puis drainer et aspirer dans le 9e espace pour permettre l'expansion du poumon restant, après fermeture hermétique de la plèvre par le procédé de l'auteur.

Méningo-encéphalite streptococcique guérie. — M. CHEVASSU rapporte cette intéressante observation de M. Ribollet (Armée), qui guérit son malade grâce au sérum de Vincent à des doses de 40 centimètres cubes par jour, combiné à l'intervention chirurgicale.

M. MÉTIVET a guéri une septicémie par le même sérum de Vincent.

M. SOUPAULT a deux succès à son actif.

M. BASSET a guéri un cas de méningo-encéphalite grâce au sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

M. MOURE également.

Présentation de malades. — M. BRAINE présente un malade guéri de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires et traité par cholédocotomie et kystotomie combinées.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juin 1934 (suite).

Du lien existant entre le pouvoir pathogène d'un bacille diphtérique et sa morphologie. — MM. G. RAMON, ROBERT DEBRÉ et E. GILBRIN ont isolé des bacilles courts au cours d'angines diphtériques malignes hypertoxiques. Les bacilles courts peuvent posséder un pouvoir hautement pathogène. Il n'existe aucun lien entre le pouvoir

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pathogène d'un bacille diphtérique et sa morphologie.

Distinction entre un vrai et un faux bacille diphtérique par l'étude du pouvoir pathogène. — MM. G. Ramon, Robert Debré et E. Gilbrin ont constaté que les bacilles diphtérimorphes non pathogènes peuvent prendre l'aspect d'un bacille moyen ou long. Seule l'étude du pouvoir pathogène permet sûrement de distinguer un vrai d'un faux bacille diphtérique.

Au cours d'une angine cliniquement diphtérique on isole toujours un germe pathogène pour le cobaye. Des bacilles diphtérimorphes longs et moyens non pathogènes, n'ont été isolés que chez des porteurs de germes et très rarement au cours d'angines cliniquement non diphtériques.

Augmentation de la radio-résistance des protozoaires cultivés dans un milieu cholestérinisé. — MM. B. S. Lévin et C. Piffault ont montré dans des travaux antérieurs que des paramécies cultivées dans un milieu lécithiné deviennent radio-résistantes et supportent des doses trois fois supérieures à celles nécessaires pour tuer les témoins.

En reprenant ces recherches avec des émulsions de cholestérine, les auteurs constatent que les animaux cultivés pendant trois jours dans un milieu cholestérinisé supportent une irradiation quatre fois plus longue que les témoins ; cette radio-résistance se manifestant déjà en présence de quantités minimes du produit actif (1/30 000). De tels faits présentent actuellement du point de vue théorique une certaine importance quant à la protection contre les rayons X.

Action de la castration ovarienne sur la tolérance à l'insuline et l'insulinémie de fatigue. — MM. M. Sendrail et G. Rieunau (de Toulouse) rappellent que l'un d'eux a établi la réalité d'une sensibilisation à l'insuline par le travail musculaire. La comparaison des courbes d'hypoglycémie insulinienne avant et après un exercice déterminé, peut être considérée comme une méthode d'évaluation des capacités de résistance à la fatigue. Les auteurs ont pratiqué expérimentalement cette double recherches chez des chiennes avant et après castration ovarienne bilatérale. Ils ont vu que la privation de l'incrétion ovarienne détermine à l'état statique un équilibre nouveau des hormones glyco-régulatrices, lequel se caractérise par une glycémie plus basse en valeur absolue et par une moindre sensibilité à l'insuline. D'autre part, la décharge insulino-sécrétoire, provoquée par l'épreuve du travail, est notablement accrue, dans tous les cas. Enfin, les réactions cliniques d'hypoglycémie prennent plus d'amplitude pour une chute glycémique égale, comme si la susceptibilité des centres nerveux était exaltée. Ces faits paraissent rendre compte de la fatigabilité que les cliniciens rangent parmi les signes de déficit ovarien et qui jusqu'ici était attribuée à la suppression d'un prétendu pouvoir dynamogénique de la glande.

F. P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juin 1934.

La phosphatase plasmatique au cours du diabète pancréatique expérimental. — MM. Léon Binet et Jean Pautrat, ayant constaté antérieurement une augmentation de la phosphatase plasmatique chez des tuberculeux diabétiques, ont jugé intéressant de rechercher les variations que peut subir ce ferment chez le chien rendu diabétique par dépancréatisation. Ils ont observé à la suite de l'opération une augmentation précoce et marquée de la phosphatase dans le plasma. Avec l'insuline, on ne voit pas parallèlement à la chute de la glycémie le ferment retomber à son taux de départ. Les auteurs n'ont pas noté de variations de la phosphatase plasmatique au cours de l'hyperglycémie réalisée chez le chien norma par injection intraveineuse hypertonique de glucose.

Utilisation de certains nouveaux barbituriques dans les études de séméiologie neurologique. — MM. J. Lévy-Valensi, L. Justin-Besançon et Brizard montrent l'utilité de certains nouveaux barbituriques méthylés à l'azote (du type de l'Evipan) pour faciliter l'exploration neurologique. Les auteurs recommandent de n'employer que de très faibles doses, par voie intraveineuse de façon à obtenir seulement un sommeil fugace. Au cours de cette narcose, l'exploration neurologique révèle nombre de faits intéressants. Chez les malades où les signes d'irritation pyramidale sont relativement frustes ou difficiles à mettre en évidence, l'épreuve de l'Evipan fait rapidement apparaître le signe de Babinski. Les auteurs énumèrent plusieurs autres constatations neurologiques faites sous anesthésie à l'Evipan. Ce procédé semble donc présenter un intérêt à la fois doctrinal et pratique.

Influence de la quinine et de ses dérivés (plasmochine, rhodoquin) sur la leucémie transmissible des poules. — MM. Ch. Oberling, M. et P. Guérin ont étudié l'action de la quinine et de ses dérivés en injections intraveineuses sur 23 animaux leucémiques. Sept sont morts sans que le processus morbide ait été notablement influencé ; 3 ont succombé alors que la formule sanguine accusait une amélioration ; 3 ont guéri, mais ont été enlevés ultérieurement par une récidive, et 10 ont guéri sans présenter de récidive jusqu'ici.

Les auteurs insistent sur le fait qu'il faut commencer les injections dès que les premières manifestations sanguines se manifestent et qu'il y a lieu d'employer d'emblée des doses massives. Si l'on attend l'apparition d'érythroblastes basophiles, le résultat devient aléatoire, et au stade terminal, quand le sang contient un grand nombre d'érythrogonies, l'échec est presque fatal.

Sur l'immunité antidiphtérique naturellement acquise et sur l'infection diphtérique occulte chez le singe. — M. G. Ramon et Mlle B. Erber ont décelé, chez 40 p. 100 des singes examinés (une soixantaine), une quantité d'antitoxine supérieure à 1/30 d'unité antitoxique par centimètre cube de sérum. Ces essais confirment d'autres essais antérieurs et montrent que le singe est bien capable d'acquérir, comme l'homme lui-même, l'immunité antidiphtérique en dehors de toute vaccination artificielle.

La présence de l'antitoxine diphtérique chez le singe pose le problème de l'origine véritable de cette antitoxine et celui du mécanisme de son apparition. Les recherches entreprises pour élucider cette question ont permis de montrer que le singe peut héberger dans sa gorge le bacille diphtérique (et aussi du bacille de Preisz-Nocard).

La constatation de la présence du bacille diphtérique

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

dans la gorge du singe appuie l'hypothèse du rôle des infections occultes spécifiques dans l'apparition, chez cet animal, de l'antitoxine diphtérique.

Streptotrichose pulmonaire et pleurale. Forme caverneuse et forme broncho-pulmonaire. — M. PETZETAKIS (d'Athènes) rapporte deux cas de streptotrichose. Le premier concerne une *forme caverneuse* simulant la tuberculose pulmonaire (pas de bacilles, inoculation négative) ; le traitement iodo-ioduré amena la guérison et la disparition de la caverne. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une *forme broncho-pneumonique* avec épanchement purulent.

Des grains caractéristiques furent trouvés dans les crachats et le liquide pleural et il fut isolé, en culture pure, anaérobie, un *streptothrix* du genre *Evactynomyces* Pinoy. Ces constatations montrent les ressemblances de la tuberculose pulmonaire et des mycoses.

Action de certains composés organiques d'antimoine sur les sérums leishmaniens. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRIMARD-RICHARD. — L'étude de trois composés organiques trivalents d'antimoine a montré que l'un d'entre eux détermine l'opacification et la gélification du sérum des sujets atteints de kala-azar. Cette réaction, en raison de ses caractères variables, ne paraît pas pouvoir entrer dans la pratique, mais elle démontre que les composés pentavalents de l'antimoine ne sont pas les seuls à exercer une action sur les sérums leishmaniens et que la richesse en antimoine d'un produit ne permet pas de prévoir ses propriétés sérologiques.

Sur la circulation pulmonaire. Présence de fibres vaso-dilatatrices dans le nerf phrénique. — MM. G. UNGAR et J. BRINCOURT ont constaté que l'excitation du bout périphérique du nerf phrénique produit chez le chien une vaso-dilatation dans la circulation pulmonaire. Ce fait contribue à prouver que la phrénicectomie agit en partie en déterminant une diminution relative de l'irrigation pulmonaire par vaso-constriction.

De l'antivirusthérapie staphylococcique intraveineuse. — Mlle MARGUERITE ARTOFF s'est servie d'un staphylocoque isolé d'une pyorrhée alvéolaire, fortement hémolytique et pathogène pour le lapin à la dose de 1/200 de culture de vingt-quatre heures. Les injections intraveineuses curatives n'ont pas donné de résultats ; au contraire, l'infection semblait s'aggraver.

Par contre, les injections préventives, surtout si elles étaient répétées, donnaient une survie prolongée ou même définitive, suivant les doses employées. Il n'a pas été observé de différence entre l'antivirus chauffé à 100° et non chauffé.

Election. — M. HUMBERT est élu membre de la Société de biologie.

F.-P. MERKLEN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI SUR LES SÉRUMS THÉRAPEUTIQUES ET DIVERS PRODUITS D'ORIGINE ORGANIQUE

(Loi du 20 juin 1934).

ARTICLE PREMIER. — Les virus atténués ou non, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non et les divers produits d'origine microbienne pouvant servir, sous une forme quelconque, au diagnostic, à la prophylaxie ou à la thérapeutique, ne pourront être débités, à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été, au point de vue de leur origine, de leur provenance, de leur appellation, de leur fabrication, des moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles, l'objet d'une autorisation du Gouvernement rendue après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Sont soumises à la même procédure les substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, utilisables à des fins thérapeutiques.

L'autorisation est temporaire ; elle peut être révoquée dans les formes où elle a été accordée.

Les produits visés par la présente loi sont soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent. Les frais d'enquête pour autorisation incombent au demandeur, les frais de contrôle ncombent à l'État.

ART. 2. — Les produits autorisés visés à l'article précédent seront délivrés par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Les médecins sont autorisés à les fournir à leur clientèle, mais seulement en cas d'urgence et lorsque le mode d'emploi du produit exige leur intervention.

Lorsqu'ils seront destinés à être délivrés à titre gratuit aux indigents, les flacons contenant ces produits porteront la mention : « Assistance publique. — Gratuit ».

Ils pourront alors être déposés, en dehors des officines de pharmacie et sous la surveillance d'un médecin, dans les établissements d'assistance, désignés par l'administration, qui auront la faculté de se procurer directement ces produits.

Toutes ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal.

ART. 3. — La livraison de ces produits, à quelque titre qu'elle soit faite, est assimilée à la vente et soumise aux dispositions de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

En conséquence, seront punis des peines portées à la loi du 1er août 1905 ceux qui auront trompé sur la nature desdites substances qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues, et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

ART. 4. — Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1 000 francs.

ART. 5. — Un règlement d'administration publique rendu après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France précisera les conditions d'application pe la présente loi.

NOUVELLES

Le Centenaire de La Fayette. — En commémoration du Centenaire de la mort du général marquis de La Fayette, la réunion des Musées nationaux organise une exposition qui s'est ouverte à l'Orangerie des Tuileries, le 21 juin, et durera jusqu'à la fin du mois de septembre, tous les jours de 10 heures à 17 heures.

Cette exposition sera d'une importance considérable en raison des souvenirs qui ont été confiés aux Musées nationaux par les membres de la famille de l'illustre général, les collections particulières et publiques.

Ainsi, se trouveront réunis dans une première salle les portraits et souvenirs des ancêtres de La Fayette et de sa femme Mlle de Noailles.

Dans la grande salle seront groupés tous les souvenirs relatifs au rôle joué par le général pendant la guerre de l'Indépendance américaine, la Révolution française, l'Empire et la Restauration, enfin la Monarchie de juillet ainsi que les objets offerts par les descendants de Washington à La Fayette au cours de son voyage triomphal aux Etats-Unis en 1824-1825.

Une autre partie de l'Exposition sera consacrée à la mort, aux hommages posthumes et aux souvenirs de La Fayette écrivain, bibliophile et amateur d'art. C'est un côté généralement ignoré de la personnalité si complète du grand homme. Là se trouveront groupés des documents inédits, des autographes, des livres reliés à ses armes et quelques-uns de ses meubles familiers.

La plupart des objets qui seront exposés sont inconnus du grand public, certains d'entre eux seulement ont figuré à l'Exposition de 1893, à Chicago. C'est donc une manifestation d'un puissant intérêt qui se prépare à l'Orangerie, et les Parisiens auront à cœur de rendre à la mémoire du général marquis de La Fayette le même hommage ému qu'ils ont apporté en foule au souvenir du Roi de Rome.

Le recensement, le classement et la réquisition des automobiles. — Le *Journal officiel* du 20 juin 1934 publie une loi relative au recensement, au classement et à la réquisition des automobiles.

Recensement. — La déclaration d'une voiture est adressée au préfet (à Paris, au préfet de police) en même temps que la déclaration de mise en circulation. La *carte grise* n'est délivrée qu'en échange de ces déclarations.

Classement. — Le classement est effectué par l'autorité militaire, d'après ces déclarations.

Réquisition. — Sont exempts de la réquisition les véhicules appartenant aux docteurs en médecine, aux vétérinaires et aux sages-femmes, à raison d'une voiture pour chacun d'eux, à condition qu'ils exercent réellement leur profession.

Le contrôle moral du concours de l'internat sera, désormais, confié à un dictaphone. — M. Mourier, qui ne redoute pas les innovations, vient de résoudre, d'une façon assez ingénieuse et fort moderne en tout cas, l'épineuse question du contrôle moral du concours de l'internat. L'avenir dira si la machine peut devenir l'auxiliaire efficace de la justice.

Il s'agissait, en effet, devant les résultats fâcheusement inégaux et variables de la cote des épreuves à la lecture des copies, d'envisager d'abord la suppression de l'oral dans le concours de l'internat et, prenant modèle sur la transformation de forme même de l'externat, de le réduire à des épreuves écrites et anonymes.

Mais, devant l'hostilité générale du corps médical, M. Mourier a suggéré, devant le conseil de discipline de l'Assistance publique, une ingénieuse solution, qui a mis tout le monde d'accord : l'audition de l'oral des candidats sera enregistrée par un « dictaphone » permettant de reproduire à volonté la répétition du texte des candidats et d'en faire contrôler la valeur. Cette acquisition avec les disques vierges enregistreurs s'élèvera à la coquette somme de 25 000 francs et fonctionnera dès le prochain concours d'internat.

D'autre part, la question de ramener la cote des points d'oral de 30 à 20, c'est-à-dire de réduire son importance proportionnellement à l'écrit, bien qu'elle ait été avancée par M. Mourier, a été abandonnée devant l'opposition unanime des sept représentants du corps médical dans e conseil de surveillance de l'A. P.

RÉUNION MÉDICALE D'ÉTUDES A LA FACULTÉ DE NANCY

La Faculté de médecine de Nancy a organisé, le samedi 2 juin, une *réunion médicale d'études*, sous une forme différente de celle de ses précédentes Journées médicalesl forme nouvelle qu'a couronnée le succès.

Cette réunion, de caractère essentiellement pratique, avait comme programme la présentation aux médecins des données essentielles sur *la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire.*

Deux conférences ont été faites par le professeur Maurice Perrin et le professeur agrégé Pierre Simonin, la première sur les indications de la collapsothérapie et le pneumothorax classique, la seconde sur les obstacles au pneumothorax et les moyens d'y remédier (exploration pleurale et méthodes adjuvantes de collapsothérapie). Ces conférences, accompagnées de projections et orientées vers les conditions de la pratique courante, ont mis les auditeurs en présence des faits, simples ou compliqués, tels qu'on les rencontre, et des problèmes qui se posent lorsqu'on examine un cas particulier ou lorsqu'une méthode de collapsothérapie utilisée se heurte à des difficultés prévues ou imprévues.

Une séance de démonstrations pratiques a été faite ensuite à l'hôpital-sanatorium Villemin par MM. Perrin et Simonin : présentation de malades et insufflations (suivant le mot classique, quoique bien impropre, puisque c'est habituellement l'élasticité pulmonaire qui aspire) ; présentation par M. Simonin de l'instrumentation d'endoscopie pleurale et de section des brides et d'un mannequin démonstratif ; exposition de radiographies recueillies à l'hôpital-sanatorium Villemin, dans les services de ces deux maîtres, par M. le Dr Grandgérard, radiologiste de cet établissement, et à Cambo par M. le Dr Dieudonné, ancien élève de la Faculté de Nancy.

Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. *Lyon*, 19-21 *juillet* 1934. — Voici le programme définitivement arrêté : *Jeudi* 19 *juillet.* — 9 heures. Séance solennelle d'ouverture du Congrès sous la présidence de M. le président Ed. HERRIOT, ministre d'Etat, maire de Lyon. Salle des fêtes de la Faculté de médecine. Remise à M. le professeur Nicolas de sa médaille.

14 h. 30. Faculté de médecine. Amphithéâtre I. Exposé

NOUVELLES *(Suite)*

du rapport A : *Etiologie et traitement du lupus erythémateux*. Professeur Dubois (Genève) ; professeur Gougerot et Dr Burnier (Paris) ; professeur Petges (Bordeaux). Communications et discussion relatives à ce rapport.

Vendredi 20 juillet. — 9 h. 45. Faculté de médecine, Amphithéâtre I. Suite des communications et discussion relatives au rapport A.

10 heures. Exposé du rapport B : *Diagnostic du bubon chancrelleux*. Professeur Covisa (Madrid) ; Dr Jersild (Copenhague) ; Drs Lacassagne et Lebeuf (Lyon).

14 h. 30. Faculté de médecine. Amphithéâtre I. Communications et discussion relatives au rapport B.

Samedi 21 juillet. — 8 h. 30. Hôpital de Grange-Blanche : Visite de la Clinique de dermato-syphiligraphie (Présentation de malades).

10 heures. Faculté de médecine. Amphithéâtre I. Exposé du rapport C : *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques*. Dr Dekeyser (Bruxelles) ; professeur Margarot (Montpellier) ; Dr Milian (Paris).

11 heures. Le professeur Favre, dans son laboratoire de la Faculté, fera une démonstration de coupes d'anatomie pathologique cutanée.

14 h. 30. Communications et discussion relatives au rapport C.

17 heures. Assemblée générale de l'Association de dermatologistes et syphiligraphes de langue française

Le lundi 23 juillet : journée prophylactique dans la Loire, sous le patronage du ministère de la Santé publique

Les médecins désireux de participer à ce Congrès peus vent encore adresser leur cotisation au Dr Gaté, trésorie. du Congrès, 24, rue Sainte-Hélène, compte chèque postal 83-88 Lyon, et sur demande il sera envoyé un programme des fêtes et réceptions qui auront lieu au cours et après le Congrès.

Organisation internationale de la lutte contre le trachome. — Le comité exécutif de l'Organisation internationale de la lutte contre le trachome vient de tenir, le 14 mai 1934, à Paris, une séance à laquelle assistèrent parmi les membres du Comité : MM. Emile de Grosz, président ; F. Wibaut, secrétaire général ; A. F. Mac Callan, M. Marquez, Morax, Park Lewis, Szymansky, vice-présidents ; Bandès, de Lapersonne, Van der Hoeve, ainsi que M. Wagenmann, Maziny bey et MM. Trantas, Marin Amat, Carris et Churchill.

Le président fit l'éloge du professeur Angelucci, décédé. Le secrétaire général donna lecture de son rap port d'où il apparaît que la situation financière de l'Organisation est modeste, en ce sens qu'elle dispose de 1 500 florins hollandais environ. La source principale de recettes est la subvention américaine. Le comité exécutif accordera une bourse à un savant désireux de s'occuper de l'étiologie du trachome dans un laboratoire de pays trachomateux. Une commission composée de MM. Moraxe, MacCallan et Wibaut fut déléguée à cet effet.

A la séance qui aura lieu à Budapest, au printemps de 1935, sera traitée à fond la question de la prophylaxie du trachome ; des rapporteurs furent élus en la personne de MM. Myashita (Japon), MacCallan (Grande-Bretagne)· Zachert (Pologne), Tewfik (Egypte) et Jitta (Hollande),

L'organisation contre le trachome tint également, le 14 mai 1934, en commun avec l'Association internationale de prophylaxie de la cécité, une séance que présidèrent MM. de Lapersonne (Paris) et Emile de Grosz (Budapest). Le thème principal en fut le trachome des colonies et des parties méridionales de l'Europe. Les rapporteurs étaient : Maziny bey (le Caire) et MM. Maggiore (Gênes), Lasnet (Algérie), Trantas (Athènes), Wibaut (Amsterdam) et Cuenod (Tunis). En outre, M. Morax fit une conférence sur le rôle du gonocoque dans la zone tropicale.

Luchon. — M. le professeur agrégé Sandrail, de la Faculté de médecine de Toulouse, a commencé, au vaporarium de Luchon, une série de recherches du plus haut intérêt comme suite à la dernière communication de M. le Dr Molinéry sur ce mode de traitement.

M. Sandrail pratique les prélèvements de sang, de sueur et des relevés de tension artérielle avant et après le traitement dans les galeries du vaporarium.

Il sera intéressant de connaître les résultats relevés par le professeur de la Faculté de Toulouse et de voir s'ils sont en concordance avec ceux que déjà on nous a laissés pressentir.

Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Cours de clinique et de médecine des enfants.* — Un cours de vacances aura lieu du 17 juillet au 2 août sous la direction de M. le professeur Nobécourt ; à 9 h 15 : Conférence. Clinique dans les salles.

Mardi 17 juillet. 10 h. 15, Professeur Nobécourt : Ouverture du cours. 10 h. 30, M. Janet : Les vomissements acétonémiques. 16 heures, M. Pretet : La mélitococcie. 17 heures, M. Paraf : L'hérédité tuberculeuse. — Mercredi 18 juillet. 10 h. 30, M. Tixier : Traitement et prophylaxie de l'hérédo-syphilis. 16 heures, M. Pretet : La coqueluche. 17 heures, M. Babonneix : Paralysie infantile. — Jeudi 19 juillet. 10 h. 30, M. Duhem : Radiologie de l'appareil pulmonaire chez l'enfant. M. Liège : Les abcès du poumon. 17 heures, M. Janet : L'acrodynie. — Vendredi 27 juillet. 10 h 30, M. Ducas : Acquisitions récentes sur le rhumatisme articulaire aigu. 16 heures, M. Liège : Transfsuion sanguine chez l'enfant. — 17 heures. M. Ducas : Appendicite chronique chez l'enfant. — Samedi 28 juillet. 10 h. 30, M. Liège : Régimes et médications dans la cachexie des nourrissons. — Lundi 30 juillet. 10 h. 30, M. Ducas : Diabète des enfants. 16 heures, M. Boulanger-Pilet : Néphrites et néphroses. 17 heures, M. Ducas : Traitement du diabète des enfants. — Mardi 31 juillet. 10 h. 30, M. Gouyen : Erythème noueux. 16 heures, M. Boulanger-Pilet : Syndromes hypophysaires. 17 heures, 16 heures, M. Martin : Méningite cérébro-spinale. 17 heures, M. Babonneix : Encéphalites aiguës. — Vendredi 20 juillet. 10 h. 30, M. Duhem : Radiologie de la plèvre et du cœur. 16 heures, M. Martin : Les scarlatines malignes. 17 heures, M. Babonneix : Hérédo-syphilis nerveuse. — Samedi 21 juillet. 10 h. 30, M. Tixier : Le BCG. Lundi 23 juillet. 10 h. 30, M. Lebée : Les obésités. 16 heures, M. Boulanger-Pilet : Nouvelles acquisitions en diphtérie. 17 heures, M. Paraf : La contagion tuberculeuse. — Mardi 24 juillet. 10 h. 30. M. Martin : Le kala-azar. 16 heures, M. Tixier : Lymphogranulomatose maligne. 17 heures, M. Janet : Les hypothyroïdies. — Mercredi 25 juillet. 10 h. 30, M. Duhem : Physiothérapie de la poliomyélite.

NOUVELLES *(Suite)*

16 heures, M. Liège : Les pneumococcies de l'enfance, 17 heures, M. Paraf : Nouveaux traitements de la tuberculose chez l'enfant. — Jeudi 26 juillet. 10 h. 30, M. Lebée : Traitement des états neuro-végétatifs. 16 heures, M. Gouyen : Péricardites tuberculeuses. — Mercredi 1er août. 10 h. 30, M. Cathala : Syndromes coliques. 16 heures, M. Kaplan : Prophylaxie de la rougeole. 17 heures, M. Gouyen : Tétanie. — Jeudi 2 août. 10 h. 30, M. Cathala : Fièvre typhoïde, physiologie, pathologie et traitement. 16 heures, M. Kaplan : Sténose du pylore du nourrisson. 17 heures, M. Gouyen : Syphilis ostéo-articulaire chez l'enfant.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat est délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au Secrétariat de la Faculté.

Hôpital maritime de Berck. — Douze leçons sur les affections non traumatiques de la hanche seront faites du 16 au 28 juillet 1934, par M. André RICHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime, avec la collaboration de MM. le professeur L. Ombrédanne, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; le professeur Ch. Lenormant, chirurgien de l'hôpital Cochin ; M. E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; M. G. Hue, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades ; MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime ; M. M. Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime ; M. Parin, radiologiste de l'hôpital maritime.

PROGRAMME DES COURS. — Lundi 16 juillet. M. Lenormant : Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte. — Mardi 17 juillet. M. Ombrédanne : Traitement sanglant des luxations congénitales de la hanche. — Mercredi 18 juillet. M. Mozer : Le laboratoire dans le diagnostic et le traitement des affections ostéo-articulaires. — Jeudi 19 juillet. M. Richard : La coxalgie de l'enfant. — Vendredi 20 juillet. M. Delahaye : La coxalgie de l'adulte. — Samedi 21 juillet. M. Sorrel : Les séquelles de la coxalgie et leur traitements — Lundi 23 juillet : M. Richard : Les ostéochondrites de la hanche. — Mardi 24 juillet : M. Hue : La coxa-vara. — Mercredi 25 juillet. M. Bouquier : Les tumeurs de la hanche. — Jeudi 26 juillet. M. Andrieu : Les ostéites juxta-articulaires de la hanche. — Vendredi 27 juillet. M. Delahaye : Les arthrites non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant. — Samedi 28 juillet. M. Andrieu : La luxation congénitale de la hanche et son traitement orthopédique.

Les cours auront lieu chaque jour, à 14 h. 30, à l'hôpital maritime, à l'exception du premier qui aura lieu, à 11 heures, le lundi 16 juillet.

Les matinées seront consacrées aux diverses opérations de chirurgie osseuse et articulaire. Les leçons seront suivies de visites de salles de malades adultes et enfants et d'exercices de pratique orthopédique et de laboratoire.

Droit d'inscription : 300 francs (les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Delahaye, à l'hôpital maritime de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Faculté de médecine de Bordeaux. Clinique oto-rhino-laryngologique. — Cours de perfectionnement du professeur PORTMANN, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges-Réchou, Teulières ; de MM. les professeurs agrégés Delmas-Marsalet et Despons, de MM. Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et Junea, ancien aide de clinique.

PROGRAMME DES COURS : Du lundi 16 juillet au samedi 28 juillet 1934.

Première semaine. — Lundi 16 juillet, matin, à 9 heures. Hôpital du Tondu : Exposé du cours. Séance opératoire avec démonstrations techniques (indications, soins post-opératoires), M. Portmann. — Soir, à 15 heures. Annexe Saint-Raphaël : Indications et méthodes de la transfusion sanguine, M. Jeanneney. — A 16 heures. Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire ; sinusites ethmoïdo-frontales et maxillaires, M. Portmann.

Mardi 17 juillet, matin, à 9 heures. Annexe Saint-Raphaël : Examen fonctionnel de l'audition, M. Portmann. — A 10 heures. Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstractions cliniques et indications thérapeutiques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Méthodes d'examen et de traitements spéciaux en O.-R.-L. Ponctions sinusiennes. Massage nasal et laryngé, M. Portmann. — A 17 heures. Annexe Saint-Raphaël : Les dermatoses péri-auriculaires et péri-nasales, M. Petges.

Mercredi 18 juillet. — Matin, à 9 heures. Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques ; adénotomie ; amygdalectomie, M. Portmann. — A 10 heures Annexe Saint-Raphaël : Consultation oro-laryngologique avec démonstrations cliniques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Institution des Sourdes et Muettes : Visite et démonstrations à l'Institution des Sourdes et Muettes, M. Despons. — A 16 heures, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire : anesthésie locale et régionale en O.-R.-L., M. Portmann.

Jeudi 19 juillet. — Matin, à 9 heures, hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations techniques. Visite des salles, M. Portmann. — Soir, à 15 heures. Annexe Saint-Raphaël : Les principes de la phoniatrie, M. Junea. — A 16 heures, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire : mastoïdectomie ; évidement pétro-mastoïdien ; chirurgie du labyrinthe ; chirurgie de la mastoïde chez l'enfant, M. Portmann.

Vendredi 20 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire, M. Portmann. — A 10 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : La diathermie en O.-R.-L. M. Despons. — A 16 heures, Annexe Saint-Raphaël : Les signes oculaires des sinusites postérieures, M. Teulières. — A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations de trachéo-bronchoscopie, M. Portmann.

Samedi 21 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques : éperotomie ; cornétomie, M. Portmann. — A 10 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oro-laryngologique avec démonstrations cliniques,

NOUVELLES *(Suite)*

M. Portmann. — Soir, à 15 heures, Faculté (Laboratoire d'histologie) : Examens de laboratoire en O.-R.-L. ; indications ; prélèvements ; biopsies, mode de fixation ; examen de pièces. M. Portmann. — A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Les angines à monocytes et agranulocytes, M. Dupérié.

Deuxième semaine. — Lundi 23 juillet. — Matin, à 9 heures, Hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations cliniques (indications, soins post-opératoires), M. Portmann. — Soir, à 15 heures, Annexe Saint-Raphael : Le diagnostic radiologique en O.-R.-L. M. Réchou. — A 16 heures, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire ; ethmoidectomie et transmaxillo-nasale, M. Portmann. — A 18 heures, Annexe Saint-Raphaël : Pathogénie et traitement médical de la tuberculose laryngo-pulmonaire, M. Leuret.

Mardi 24 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations de méthodes d'examen et de traitement en O.-R.- L., M. Portmann. — A 16 heures, Annexe Saint-Raphael : Démonstration de trachéo-bronchoscopie, M. Portmann. — A 17 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Les syndromes dysharmoniques vestibulaires dans les lésions centrales, M. Delmas-Marsalet.

Mercredi 25 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques ; résection sous-muqueuse de la cloison, M. Portmann. — A 10 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oro-laryngologique avec démonstrations cliniques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire ; chirurgie cosmétique et plastique de la face et du cou, M. Portmann. — A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Les voies d'accès médiastinales, M. Papin.

Jeudi 26 juillet. — Matin, à 9 heures, Hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations techniques ; visite dans les salles, M. Portmann. — Soir, à 15 heures, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire : ligatures de la jugulaire interne, de la carotide primitive, des carotides interne et externe et de la linguale, M. Portmann.

Vendredi 27 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques, M. Portmann. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Méthodes d'examen et de traitements spéciaux en O.-R.-L., M. Portmann. — A 16 heures, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations d'œsophagoscopie, M. Portmann.

Samedi 28 juillet. — Matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques ; curettage de l'ethmoïde ; trépanation des cavités accessoires par voie endo-nasale, M. Portmann. — A 10 heures, Annexe Saint-Raphael : Consultation oro-laryngologique avec démonstrations cliniques M. Portmann. — Soir, à 16 heures, Faculté (Pavillon C) : Médecine opératoire : trachéotomie ; thyrotomie ; laryngectomie ; laryngostomie, M. Portmann.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 9 *Juillet*. — M. Trombert, L'azotémie au cours de la néphrose lipoïdique. — M. Martinie, Notes sur l'histoire de l'obésité. — M. Morin, Cas anormaux de lithiase vésiculaire chez les sujets jeunes. — Mlle Buiguang, Les phlébites de la gestation.

10 *Juillet*. — M. Chapuis, Etude du traitement du prurit ano-vulvaire. — M. Milhiet, Traitement chirurgical du doli chocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture terminus-terminale extériorisée. — M. Martinet, Les phlegmons gangreneux d'origine bucco-dentaire. — M. Grimal, L'évolution du paludisme dans la région de Bone de 1870 à nos jours. — M. Jude, Etude des intoxications chroniques par le manganèse. — M. Prata, Rôle du choc dans la thérapeutique de la fièvre ondulante. — M. Rotman, Causes de la mortalité et mortalité infantile pendant la première année de la vie dans quelques districts comparés, notamment en Allemagne, France, Grande-Bretagne. — M. Jorge A. Séoane, Etude de l'hémothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. Tatchdjan, Procédés de conservation des œufs et de leur valeur au point de vue hygiénique. — M. Vieuchange, La guérison naturelle de la syphilis acquise.

11 *Juillet*. — M. Cailleault, Cancer du périnée et son

NOUVELLES (*Suite*)

traitement. — M. GELBERT, Les appareils de transfusion. — M. FRIEDMAN, Extraction de certains corps étrangers de l'œsophage cervical et de l'hypo-pharynx par voie cervicale. — Mlle BITTNER, Etude de la vaginite et du vaginisme à la ménopause. — M. MARSAT, L'éclairage en endoscopie. — M. FILDERMAN, L'hémocrinothérapie. — M. FIOCCONI, Répercussion sur l'appareil digestif des perturbations endocrines. — M. LEFÈVRE, Le muscle vasculaire isolé en survie. — M. LEFÈVRE (JULES), Désinfection de l'appareil urinaire et traitement du syndrome entéro-rénal par le sulfure de térébenthine. — M. PARIS, Epreuves de comptabilité sanguine en vue de la transfusion du sang.

12 *Juillet*. — M. LOUGRAYE, Action hémostatique des courants de haute fréquence en oto-rhino laryngologie. — M. HERSCOVICI, Etude des épaules raides et douloureuses. — M. CHAMALET, Etude sur les accidents de la phrénicectomie. — M. BARRIÈRE, Silicose pulmonaire. — M. GLASERMAN, Etude de l'atélectasie massive dans la tuberculose pulmonaire. — Mlle OGANDJANOFF MELIK, Recherches sur l'évaluation de la masse du sang par l'injection intraveineuse de rouge-Congo. — M. GOLDSTEIN, Le pseudo-granulome vénérien. Pyodermite végétante préputiale. — M. HAMELIN-GAPIN, La diathermo coagulation de l'étincelage de haute fréquence dans le traitement du lupus nasal tuberculeux et de ses complications cutanées. — M. NÉE (CHARLES), Réaction d'éclaircissement du Meinicke. — Mlle POULAIN, Emploi thérapeutique de l'insuline en gynécologie. — M. STIÉVENARD Etude des complications maxillaires des lupus de la face et de la muqueuse buccale.

13 *Juillet*. — M. AMID, Le traitement du cancer du rectum par la voie périnéale. — M. FINDJANDJIAN, Etude de l'ostéosynthèse temporaire chez l'adulte par la méthode des fixateurs externes. — Mlle GABRIELLI, Recherches sur l'action des chlorures de calcium et du magnésium associé en milieu soufré dans le traitement de quelques états neuro-psychiatriques. — M. ROBIN, Les inhalations carboniques dans la pratique chirurgicale (anesthésie et suite d'opérations). — M. DIEZ, Complication chirurgicales intestinales de l'amibiase.

Thèse vétérinaire. — 11 *Juillet*. — M. M. JEAN, Arthrite due au bacille du rouget.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

16 JUILLET. — *Marseille*. Dernier délai des candidatures pour l'emploi d'agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Marseille.

18 JUILLET. — *Villes de Faculté*. Concours des bourses de médecine.

19 JUILLET. — *Villes d'académies*. Ouverture du registre d'inscription pour le concours d'agrégation du deuxième degré.

19 au 21 JUILLET. — *Lyon*. Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

19 JUILLET. — *Lyon*. Remise d'une médaille au professeur Nicolas.

24-31 JUILLET. — *Zurich*. Congrès international de radiologie.

25 JUILLET. — *Paris*. Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour les inscriptions du quatrième trimestre.

26 JUILLET. — *Utrecht*. Conférence de la Société internationale de pathologie géographique.

31 JUILLET. — *Angers*. Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Henri Gimoux (maladies cancéreuses) (Envoi au secrétariat de l'École de médecine d'Angers).

31 JUILLET. — *Clermont-Ferrand*. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital-sanatorium Sabourin.

1er AOUT. — *Paris*. Ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour les concours de médecin des hôpitaux militaires, de chirurgien des hôpitaux militaires, de pharmacien-chimiste du Service de santé militaire.

1er AOUT. — *Paris*. Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions des candidates au concours d'élèves infirmières à l'École d'infirmières de la Salpêtrière.

5 AU 18 AOUT. — *Saint-Moritz* (*Suisse*). Cours international de haute culture médicale de la fondation Tomarkin (secrétariat, via Marco Minghetti, 17, à Rome).

16 AOUT. — *Clermont-Ferrand*. Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

27 AOUT. — *Québec*. Congrès français de médecine.

REVUE DES CONGRÈS

XIXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE

Lille, 27, 28, 29 et 30 mai 1934.

Président : M. Leclercq (de Lille).

Les groupes sanguins en médecine légale.

Rapporteur : **M. Léone LATTES** (de Pavie).

Dans ce rapport, l'auteur précise l'état actuel des applications des groupes sanguins à la médecine légale, faisant suite aux précédents rapports présentés à la Société italienne de médecine légale en 1913, à la Société de médecine légale de France en 1923 et à la Société de médecine légale allemande en 1926. Les connaissances biologiques sur ce sujet ont eu depuis lors de substantiels développements qui augmentent considérablement les possibilités d'application.

Ces applications dans le domaine médico-légal concernent principalement l'identification des taches de sang et la démonstration du rapport de filiation (recherche de la paternité).

Sur le premier point l'auteur montre la grande importance criminologique que les recherches ont pu prendre, en dehors même des taches sanguines, puisque les substances spécifiques de groupe peuvent être identifiées dans le sperme, la salive, l'urine et, en général, dans les produits de sécrétion et d'excrétion.

La salive est caractérisée par une haute teneur en ces substances. Ce fait a permis à l'auteur lui-même d'arriver à des conclusions pratiques importantes et très délicates sur l'identité des fumeurs de cigarettes. On peut même parvenir à découvrir par la spécificité de groupe, l'identité des sujets qui ont fait usage de lingerie, de mouchoirs, etc., ou qui ont laissé des taches de sperme à l'occasion d'un rapport sexuel.

Pour les taches de sang elles-mêmes (qui sont les plus fréquentes), l'introduction de méthodes quantitatives pour la détermination des iso-agglutinogènes a rendu beaucoup plus sûr le diagnostic du groupe sanguin, facilitant ainsi grandement son utilisation en justice.

La connaissance du caractère héréditaire des propriétés spécifiques de groupe a, elle aussi, notablement progressé. Parmi toutes les notions acquises, la question des sous-groupes a été mieux approfondie. On en a tiré des conséquences applicables (bien que dans des limites modestes) à la solution du problème de la paternité.

Mais on a spécialement établi par de nombreuses recherches auxquelles l'auteur a largement participé, l'existence et la transmissibilité héréditaire de nouvelles substances spécifiques de groupe, indépendantes des groupes sanguins classiques, permettant d'établir la probabilité d'exclusion des faux pères et portant cette probabilité d'élimination au chiffre de 1 sur 3.

Ces notions ont déjà été admises comme probantes par diverses cours de justice. D'autres recherches en cours, mais non applicables encore dans la pratique, amélioreront les résultats obtenus. Elles font envisager la solution positive, peut-être prochaine, du problème de la paternité.

Les groupes sanguins en anthropologie.

Rapporteurs : **MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH** (de Paris).

La découverte des groupes sanguins, dont l'immense mérite revient au professeur Landsteiner, aura permis, entre autres applications, d'élucider un certain nombre de questions d'anthropologie. C'est à L. et H. Hirszfeld que revient le mérite d'avoir découvert les relations qui existent entre la répartition des groupes sanguins et les caractères ethno-anthropologiques. Il a paru dans ces dernières années d'importants travaux sur cette question, et on peut actuellement se baser sur les résultats de quelques centaines de milliers d'examens, pratiqués chez les différents peuples du monde.

Les rapporteurs, après avoir rappelé les constatations fondamentales sur lesquelles sont basées les recherches et la technique de ces recherches, montrent que la distribution différente des groupes sanguins et la fréquence relative des caractères héréditaires permettent d'entrevoir plus exactement l'origine, les mélanges et les superpositions ethniques des populations actuelles. Ils précisent ensuite la valeur anthropologique des résultats de l'étude des groupes, exposent et critiquent les hypothèses de Hirszfeld et de Bernstein et les formules mathématiques qui sont la traduction de ces hypothèses. Ils exposent ensuite longuement les recherches personnelles qu'ils ont effectuées, particulièrement celles que l'un d'eux (Kossovitch) a effectuées en Afrique. Ils terminent leur rapport en montrant la corrélation qui existe entre les groupes sanguins et les principaux caractères somatiques ; ils soulignent combien cette corrélation peut avoir d'intéressantes et d'utiles applications en médecine légale.

Discussion.

M. Étienne Martin (de Lyon) a déjà pratiqué à Lyon deux expertises au cours desquelles il a utilisé la méthode des groupes sanguins. L'une d'elles a été la première affaire de ce genre publiée en France. Il insiste sur la nécessité de déterminer le groupe de la victime d'un meurtre, au moment de l'autopsie, pour éviter une exhumation.

M. Lattes fait remarquer que dans certains pays on prélève toujours du sang, pour détermination du groupe, au moment de l'autopsie.

M. Simonin (de Strasbourg) pense que la recherche des agglutinines dans les expertises médico-légales est une nécessité lorsqu'il s'agit d'identifier une tache de sang du groupe IV dont les agglutinogènes sont absents. Dans ce cas, la recherche des agglutinogènes ne peut être que négative, tandis qu'en s'adressant aux agglutinines on dispose de deux réactions positives qui ont beaucoup plus de valeur. On ajoute ainsi un contrôle positif, très probant, aux premiers examens négatifs.

M. P. Moureau (de Liége) présente une étude des agglutinogènes M et N en Belgique et de leur répartition dans

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

la population, d'après l'hérédité, les maladies et l'âge. Cette étude porte sur 3 100 personnes : les fréquences de ces agglutinogènes sont les suivantes : MN = 50,33 p. 100 ; M = 28,89 p. 100 ; N = 20,77 p. 100. L'examen de 200 familles avec 739 enfants n'a révélé qu'une seule exception à la règle héréditaire. Cette exception est explicable par l'illégitimité. 502 mères avec 1 041 enfants ont été examinées sans montrer une seule exception à la règle héréditaire. La syphilis, la tuberculose, les maladies mentales, le cancer (250 cas de chaque affection) ne modifient pas la répartition des groupes MN, M et N. L'influence de l'âge est également nulle, ainsi que le montre l'étude de 2 750 personnes groupées par classe de 500 personnes de quinze en quinze ans.

M. Farjot (de Lille) a étudié la répartition des groupes sanguins dans le Nord de la France.

MM. Farjot et Spriet (de Lille) ont recherché les groupes sanguins chez les paralytiques généraux.

MM. Farjot et Spriet ont étudié le taux des iso-agglutinines des sérums.

M. Balgairies (de Lille), expérimentant sur 400 sujets chez lesquels il pratique une réaction de Schick, obtient 40,75 p. 100 de Schick positifs contre 59,25 p. 100 de négatifs. Le pourcentage des groupes sanguins dans chaque catégorie permet d'obtenir pour les divers groupes des chiffres sensiblement voisins. En particulier : pour le groupe o : 46 p. 100 de Schick positifs contre 41,7 p. 100 de négatifs ; pour le groupe A : 40,5 p. 100 de Schick positifs contre 45,6 p. 100 de négatifs. Ces recherches confirment les travaux de Hirzsfeld et de ses élèves suivant lesquels la sensibilité à la diphtérie mise en évidence par la réaction de Schick n'est pas liée au groupement sanguin.

Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation.

Rapporteurs : **MM. HEGER-GILBERT et DE LAET** (de Bruxelles).

Les rapporteurs ont envisagé dans le premier chapitre de leur étude les origines possibles des excitations douloureuses, pour en reconnaître le siège au long du chemin parcouru par la sensation douloureuse depuis l'extrémité sensible jusqu'au cortex.

Si l'accord semble fait qu'il n'y a pas d'organes récepteurs spéciaux de la douleur, l'unanimité n'est pas aussi parfaite pour ce qui concerne les voies de transmission.

On abandonne sans doute l'idée que la douleur n'est que l'excitation excessive d'une sensation tactile ou thermique. En réalité, le malentendu provient de l'interprétation du mot « sensible ». Comme l'a montré Leriche, bien des tissus sont privés de sensations conscientes (la cornée, les viscères, par exemple) et cependant leurs réflexes attestent leur sensibilité. L'électrophysiologie, d'autre part, vient de nous montrer que la douleur paraît transmise par des fibres à conduction lente, analogues aux fibres sympathiques. Nous comprenons donc que les tissus les plus divers, dépourvus de sensibilité consciente, les tumeurs même, peuvent devenir algiques. Nous comprenons aussi les dissociations algo-sensorielles des lésions ou des réparations nerveuses, et aussi ces affreuses causalgies que l'on rattache souvent en grande partie tout au moins à des irritations des éléments sympathiques. Aux étages supérieurs, nous connaissons le rôle des hématomyélies et des syringomyélies dans la genèse de syndromes douloureux. Et enfin, nous nous rappellerons que le carrefour du thalamus et de l'hypothalamus, sièges étiologiques des douleurs du syndrome de Dejerine, commandent d'une part toute cette réflectivité de la douleur parmi laquelle nous chercherons les signes objectifs de l'algie, et d'autre part projettent au cortex la sensation perçue.

C'est seulement cette dernière transmission, devenue consciente, qui est nommée douleur. Le cortex doit la situer, ce qui parfois induit le médecin en erreur lorsqu'il y a transposition du siège de la douleur. Il doit aussi qualifier la sensation, appréciation strictement individuelle qui n'admet ni description ni évaluation par autrui.

Enfin, le cerveau conserve plus ou moins longtemps le souvenir de la douleur. Normalement ce souvenir est fugace, mais divers facteurs peuvent le prolonger ou l'entretenir.

Le second chapitre du rapport passe en revue celles des réactions réflexes dues à la douleur qui ont fait jusqu'ici l'objet d'études critiques. Elles sont souvent un moyen indirect d'apprécier la réalité d'une douleur.

Successivement les réactions sécrétoires (suc gastrique et insuline inhibés, adrénaline excitée), la dilatation pupillaire, l'accélération du pouls, l'élévation de la pression artérielle, le réflexe psycho-galvanique sont l'objet d'un exposé critique. Les recherches récentes de l'un des rapporteurs établissant l'existence d'une décharge d'acidose dans l'urine au cours des douleurs fortes ou prolongées, sont résumées ensuite et confrontées avec d'autres travaux concluant à l'alcalose émotive.

Les auteurs émettent alors l'hypothèse qu'il y aurait entre la douleur dans son cycle infrathalamique, et l'action du cortex, surajoutée au précédent arc réflexe, une sorte d'antagonisme équilibrateur : la « conscience » de la douleur, exerçant une sorte de contrôle modérateur sur les effets humoraux, c'est-à-dire neurotoniques, de la douleur.

Enfin les auteurs rappellent brièvement l'importance de l'examen clinique complet, et des ruses multiples que l'expert doit toujours avant tout utiliser pour dépister les simulateurs.

Le troisième chapitre du rapport classe les modes d'indemnisation des séquelles douloureuses en trois catégories.

D'abord les douleurs physiopathiques contemporaines d'une lésion. Si elles provoquent une impotence, leur indemnisation ne peut différer en rien de l'impotence mécanique. Si, ce qui est rare, elles ne provoquent aucune gêne motrice, c'est un *prætium doloris* qui est dû et dont l'évaluation n'est que de la compétence du juge comme dans les cas de dommage esthétique.

Ensuite viennent les invalidités dues à la mémoire douloureuse, après disparition de la lésion causale. Elles sont courtes et toujours temporaires chez l'individu normal. Elles peuvent aggraver ou déclencher des troubles psychopathiques antérieurs, ce qui crée deux ordres


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS
Extrait concentré de FOIE DE VEAU FRAIS
Ampoules buvables, Sirop
SYNDROMES ANÉMIQUES
DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE,
9 RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIIIe

de conclusions fort différentes suivant qu'il s'agit du droit commun ou du régime des accidents du travail.

Enfin, restent les douleurs uniquement psychiques, où la distinction de la simulation, de la névrose et de cette sinistrose, qui disparaît aujourd'hui n'est pas souvent aisée.

Discussion.

M. COSTEDOAT (de Paris) envisage la question au point de vue militaire et critique la discrimination entre l'émotion et la douleur. La contracture, dite réflexe, n'est pas une preuve de la réalité d'une douleur, qu'il n'y a en réalité aucun moyen de vérifier. L'alcalose urinaire semble due à la respiration accélérée au cours d'une douleur. L'émotion même sans douleur peut donner cette hyperpnée. Le diagnostic de la douleur ne peut être fait que par un examen clinique très complet mettant en évidence d'autres signes des lésions traumatiques. Ne jamais omettre l'examen psychologique et psychiatrique. S'agit-il d'un hystérique ? Le persévérateur est-il ou non un simulateur ? Enfin reste la question de l'indemnisation. L'auteur conteste la distinction en trois catégories et n'admet pas en particulier la notion de la mémoire douloureuse.

M. DESOILLE (de Paris) regrette que les rapporteurs n'aient pas fait mention des études de la chronaxie de la douleur.

M. LATTES (de Pavie) propose d'ajouter aux moyens d'investigation la détermination de l'adrénaline dans l'urine.

M. MAZEL (de Lyon) indique certaines petites ruses qui lui sont personnelles dans le dépistage de la simulation.

MM. DESCLAUX et GIROIRE (de Nantes) apportent l'observation d'un cas de paralysie réflexe avec algie du membre supérieur gauche du type sympathique consécutive à une piqûre de l'index gauche.

M. DE LAET insiste sur la distinction entre l'alcalose émotive et l'acidose de la douleur, justifie par des exemples la notion de la mémoire douloureuse, puis il explique que s'il n'a pas cru devoir parler de la chronaxie, c'est qu'il s'agit de théories encore très discutées et qui, du reste, ne concernent nullement la sémiologie de la douleur.

L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle.

Rapporteurs : **MM. RAVIART et VULLIEN** (de Lille).

L'expertise mentale au criminel doit être réformée. Parmi les projets de réforme, on propose en premier plan l'institution de l'expertise mentale contradictoire, opération qui se pratique dans un certain nombre de pays étrangers et qui, en surplus, a reçu chez nous un début de consécration légale avec le vote de la loi Cruppi par la Chambre des députés, en juin 1899.

La question comporte de vastes dégagements. Tout d'abord on peut se demander si une réforme est vraiment nécessaire. De ce côté, aucun doute n'est possible. Il suffit de constater l'étrange discrédit qui pèse actuellement et depuis longtemps déjà sur l'expertise psychiatrique.

Nous avons perdu la confiance des masses, c'est un fait. Certes, on écoute toujours courtoisement nos déclarations à la barre, on acquiesce poliment à nos conclusions, mais il reste sous-entendu que tout ce que nous avons dit n'a qu'une valeur relative et que si l'affaire était d'importance, il se trouverait certainement un autre expert non moins qualifié, pour venir soutenir une opinion diamétralement opposée.

C'est là la grande misère de l'expertise psychiatrique (et elle lui est particulière). Il peut arriver que deux experts également savants, d'égale bonne foi, avec des arguments tout aussi valables l'un que l'autre, aboutissent à propos d'un même cas à des conclusions très exactement contraires.

La faute n'en est certes ni aux experts ni à la science psychiatrique, la faute en est seulement au décalage qu'on a laissé se créer entre un Code pénal et des modalités pénitentiaires figées, piétinant sur place depuis un siècle, et la psychiatrie qui n'a jamais cessé de progresser en s'intégrant toutes les acquisitions de la médecine moderne.

Plus les progrès s'accentuent, plus le décalage prend des proportions monstrueuses. Chaque jour apporte sa pierre à l'édifice et l'on voit reculer peu à peu les limites de la responsabilité humaine. Bases toxi-infectieuses des constitutions morbides, — troubles acquis du sens moral, — influence pathologique des émotions, — action des sécrétions internes sur l'activité, le comportement et surtout sur les défauts humains, — autant de notions capitales bien inconnues à l'époque de l'élaboration du Code pénal et qui posent maintenant pour chaque cas des problèmes infiniment complexes réclamant des solutions nuancées.

Le Code pénal n'a pas prévu les solutions nuancées : responsabilité ou irresponsabilité — prison ou asile ; entre ces deux extrêmes dont l'un est par essence rigoureusement réservé aux malades mentaux caractérisés, il n'y a rien, sinon la possibilité d'une mise en liberté immédiate d'un individu redoutable par essence ou encore celle d'une diminution de peine sous un fallacieux prétexte de responsabilité atténuée.

Dans de telles conditions, on conçoit que beaucoup d'experts soucieux de protection sociale et attentifs à ne fournir que des conclusions pratiques, soient amenés à se conformer à des règles doctrinales conventionnelles, règles qui ont le mérite d'être commodes, mais qui ont le tort de pouvoir être aisément battues en brèche par un adversaire quelque peu informé des progrès scientifiques et moins soucieux des nécessités de la défense de la société.

Pour remédier à cet état de choses défectueux, voici qu'on nous propose d'instituer l'expertise mentale contradictoire. Au premier abord, cette innovation ne paraît guère devoir aplanir les difficultés en cause. Quoi qu'il en soit, examinons les arguments.

C'est le tribunal qui nomme l'expert, déclarent les promoteurs de la réforme ; l'expert est donc amené consciemment ou non à faire le jeu du tribunal, donc de l'accusation, qui l'a commis. Il y a de ce fait, en face, une

lacune défavorable à l'accusé ; il faut, en bonne justice, combler cette lacune et laisser également à la défense le choix d'un expert qui contredira le premier.

C'est à cela que se réduit à peu près toute l'argumentation des promoteurs de la réforme. Il n'y a pas lieu de retenir à notre avis l'argument ayant trait à l'incompétence de certains experts ; s'il y a des experts incompétants, il ne doit pas être besoin de mettre en branle la formidable machine de l'expertise contradictoire pour les éliminer.

Quant aux détracteurs de la réforme, ils ont, eux aussi, leurs arguments. Un expert, disent-ils, est par essence au-dessus des parties ; c'est le tribunal qui le désigne et non pas l'accusation ; il ne doit y avoir aucune confusion entre les deux. Quant à la mission de l'expert, elle est et sera toujours d'éclairer impartialement la justice.

Or l'expert de la défense, de quelque façon qu'on le conçoive, aura, lui, une mission à sens unique, si l'on peut ainsi s'exprimer ; cette mission consistera à relever soit dans le dossier, soit dans les antécédents, soit dans l'examen, à, relever pour les monter en épingle tous les faits importants ou non, tous les épisodes, tous les symptômes nets ou frustes, propres sinon à éclairer un diagnostic, du moins à jeter un doute (et c'est cela qui est important) sur la valeur de la mentalité de l'accusé.

En face de lui, l'expert du tribunal soucieux tout à la fois des intérêts de l'accusé et des nécessités de la défense sociale, animé, lui, du véritable esprit médico-légal, continuera comme par le passé à baser ses conclusions sur une doctrine conventionnelle.

D'un côté donc, recherche systématique de tout ce qui pourra être utile à la défense de l'inculpé ; de l'autre côté, application d'une doctrine conventionnelle, rejet de tout ce qui est matière à l'hypothèse dans le cadre de la responsabilité pénale. Entre les deux experts partant de points de vue aussi différents, l'accord sera presque toujours impossible, quoi qu'on en ait dit. Un arbitre sera indispensable dans la grande majorité des cas, et comme c'est le juge qui très souvent sera appelé à le choisir, on retombera dans l'état de choses actuel.

Par ailleurs, il faut un peu penser au jury, souvent mal préparé à comprendre des explications scientifiques, au jury qui ne réclame qu'une mise au point courte, simple, claire, et qui s'effacera devant ces grandes et obscures dissertations contradictoires aboutissant à des conclusions opposées. La victoire risquera de revenir à celui qui aura le mieux parlé et, en matière de science, cette éventualité est profondément déplorable.

En somme, l'expertise mentale contradictoire n'est nullement la panacée que certains ont voulu voir en elle. La divergence extrême et quasi obligatoire des points de vue des experts la rend impossible en fait. Peut-on rêver que quelque jour cette divergence pourra venir à s'atténuer, que tous les experts animés d'un même esprit médico-légal consentiront à se soumettre à une doctrine universellement reconnue et acceptée ? Non. Ce n'est qu'un rêve. L'expertise mentale contradictoire, sans la discussion, n'aurait plus aucune signification pour ses partisans, puisque c'est la discussion qui doit servir à amorcer dans l'esprit des jurés le doute peut-être favorable à l'accusé, mais bien dangereux pour la protection sociale.

En définitive, il apparaît que c'est d'un tout autre côté qu'il faut concentrer nos efforts. C'est une réforme différente, bien autrement féconde celle-là, qu'il faut s'efforcer de réaliser ; nous voulons parler d'une loi de défense sociale telle que celle qui fonctionne actuellement en Belgique à la satisfaction unanime. Il s'agit là d'une loi juste, raisonnable, humaine, qui, tenant compte des progrès de la science, réalise l'accord entre l'idéal charitable et les nécessités de la protection sociale. C'est là la seule réforme intéressante à réaliser, c'est la seule qui soit capable de redonner toute sa valeur à l'expertise psychiatrique criminelle. Les joutes oratoires qu'on nous propose, si brillantes soient-elles, ne pourraient jamais tenir une telle place.

Discussion.

M. René Charpentier (de Paris) s'attache à la discussion du projet de loi Jean Cruppi sur l'expertise contradictoire voté par la Chambre des députés, le 30 juin 1899. Rappelant que chaque fois que plusieurs experts sont désignés (ce qui pourrait sans inconvénient majeur devenir la règle), l'expertise est, en fait, «contradictoire», il voudrait voir disparaître ce mot du titre d'un projet de réforme de l'expertise. Il discute successivement pourquoi est demandée la réforme de l'expertise et comment, à son avis, il pourrait y être procédé. Il rappelle que l'expertise n'est pas seule responsable des critiques qu'on lui adresse, critiques dont certaines visent les conditions regrettables dans lesquelles l'expert doit accomplir sa tâche, l'insuffisance aussi et l'anachronisme des solutions offertes aux conclusions de l'expert. « Il est paradoxal, ajoute-t-il, que l'acte médical sans doute le plus important pour la justice s'accomplisse dans des conditions qu'elle jugerait légères, qu'elle assimilerait peut-être à des fautes lourdes si elle avait à les apprécier lors d'une revendication concernant un acte médical ordinaire. » Après avoir donné les raisons pour lesquelles il déplorerait la désignation par l'inculpé lui-même de la moitié des spécialistes chargés de juger de sa responsabilité, il montre qu'il existe un certain parallélisme entre ces raisons et les objections — à son avis injustifiées — que l'on fait au mode actuel de désignation des experts. Aussi, admettant comme un fait le désir exprimé « par l'opinion publique, par des juristes, par les législateurs, par les médecins et par les rapporteurs » d'une réforme de l'expertise, suggère-t-il quelques modifications au projet de loi Cruppi. Les qualités nécessaires à l'expert psychiatre, qualités au premier rang desquelles il place la compétence, l'intégrité, le jugement et le caractère, expliquent le soin particulier avec lequel il convient d'établir les listes. L'auteur expose comment devraient être établies, à son avis, les listes de présentation soumises aux Cours d'appel. Il appartiendrait, en dernier ressort, aux Cours d'appel, après enquête et suivant les règles préétablies, de dresser chaque année, sur ces présentations, la liste des experts, liste beaucoup plus longue que la liste actuelle. Pour le choix des experts sur cette liste, dans une affaire donnée, repoussant la désignation directe par l'inculpé, tenant compte des objections faites à la désignation directe par le magistrat, éliminant enfin la désignation par ordre alphabétique ou par tirage au sort, il


la seconde maman
Blédine
D'abord le lait maternel
et ensuite
la Blédine
JACQUEMAIRE
farine spécialement préparée
pour les enfants en bas âge.
facilite la digestion du lait,
complète sa valeur nutritive,
favorise la croissance,
prépare le sevrage.
Demandez échantillons aux
Etabl^ts JACQUEMAIRE
Villefranche (Rhône)


Blécao
Déjeuner
de régime
instantané
ALIMENT COMPLET
léger,
reconstituant,
le
Blécao
(à base de Blédine)
vous rendra service
chez tous vos malades
atteints de la dyspepsie
des gens pressés
des nerveux
des surmenés

suggère de choisir les experts sur la liste comme les Cours d'assises choisissent les jurés, en accordant au magistrat qui ordonne l'expertise et à l'avocat de l'inculpé, un même nombre de récusations (trois par exemple). Ce procédé, qui ne constitue pas une innovation juridique ne risquerait de conduire à aucune aventure et serait, susceptible d'apporter tous apaisements à ceux à qui la désignation directe des experts par l'inculpé ou par ce qu'on a appelé l'accusation inspire des doutes ou des craintes. En terminant, l'auteur exprime le vœu que pour tout crime passible de la peine de mort, soit obligatoirement ordonnée une expertise psychiatrique, conformément aux dispositions de la loi Briggs qui, dans l'État de Massachusetts, fonctionne depuis 1927 à la satisfaction générale. Lorsqu'il s'agit de disposer de sa vie, cette garantie supplémentaire de justice est due à l'inculpé.

MM. N. MINOVICI et J. STANESCO (de Bucarest), n'admettant pas la pratique d'une pareille expertise, relatent un cas assez intéressant à ce point de vue, dans lequel le dossier judiciaire contient deux rapports médico-légaux signés respectivement par six médecins ; l'un de ces rapports arrive à conclure à un état d'irresponsabilité (il s'agit d'une érotomane revendicatrice à base paranoïaque constitutionnelle), l'autre, qui affirme dans ses conclusions l'intégrité parfaite des facultés psychiques, par conséquent de complète responsabilité. Une expertise mentale contradictoire vient sans doute en contradiction avec le prestige médical, la valeur scientifique des médecins ne peut pas être appréciée par « les juges » réunis au hasard, les membres hétérogènes d'une Cour d'assises. On doit, en même temps, appuyer sur ce fait que la vérité juridique doit être une, et la médecine légale ne peut présenter les vérités scientifiques que sous une seule forme la moins relative.

M. LE GUILLANT (de la Charité-sur-Loire) rappelle les arguments et les conclusions de son article « Contre l'expertise contradictoire » paru dans l'*Aliéniste français* de mars 1934 et en signale à nouveau les graves dangers : surspécialisation « d'experts de la défense », discrédit de l'expertise mentale, verdicts dangereux rendus dans la confusion et malgré l'inexistence actuelle de toute mesure de préservation contre les anormaux délinquants. Il estime que dans la très grande majorité des cas l'expert n'est pas, comme on l'en accuse, un expert de l'accusation, mais un expert de l'instruction, ou mieux un expert tout court. Les exceptions à cette attitude générale des experts peuvent être évitées par le tirage au sort, en présence de la défense, sur une liste établie soigneusement, de trois experts pour toutes les affaires importantes. Cette façon de faire, qui assure l'impartialité et l'indépendance des experts, lui paraît la condition nécessaire mais suffisante pour que des médecins qualifiés n'apportent pas dans leur mission une plus grande part d'erreur que ne le comporte la condition humaine. Il n'approuve pas c droit de récusation par le ministère public et la défense parmi les experts tirés au sort proposé par le Dr Charpentier. Ce droit permettrait précisément de faire pression sur les experts, ce qu'il s'agit d'éviter. Les « experts moyens », qui seuls éviteraient la récusation, ne seraient pas forcément les meilleurs. Enfin, certaines réformes pour être réalisées, certaines thèses pour atteindre l'opinion publique, ont peut-être besoin d'être illustrées par des exemples graves et vivants, ainsi que de la vaste audience d'une Cour d'assises. Il est souhaitable que leurs promoteurs ou leurs partisans puissent se faire entendre.

Communications.

L'orientation de l'eugénique moderne. — M. H. PAUCOT (de Lille), après avoir souligné la nécessité pour le praticien français de prendre position dans les débats sur l'eugénique, groupe en trois catégories les moyens employés jusqu'à présent pour améliorer la race. Les uns, sous le nom d'eugénique négative ou destructive, visent à s'opposer à la reproduction des individus tarés physiquement ou moralement, tels la stérilisation, le veto matrimonial, le *birth control*, l'avortement légal. D'autres, sous le nom d'eugénique positive, tendent à favoriser la naissance des individus forts et bien doués ; les difficultés d'application de ces moyens sont considérables. D'autres enfin, que l'on peut réunir sous le vocable d'eugénique *corrective* ou *éducative*, se proposent d'améliorer les conditions individuelles de la procréation et de tirer le meilleur parti possible des capitaux humains dont on dispose. Pour y parvenir, ils entendent faire l'éducation des individus et des couples, et veulent mettre à leur disposition, en les synchronisant, les œuvres de prophylaxie sociales (consultations des maladies héréditaires, consultations préconceptionnelles, prénatales, des nourrissons, etc.).

Rôle social des cliniques dentaires scolaires, par M. SOLEIL (de Lille). — La carie dentaire atteint 90 p. 100 des enfants fréquentant les écoles publiques. Les dents temporaires et les dents de six ans jouent un rôle capital dans l'équilibre définitif de la denture. La carie est influencée par l'hygiène buccale, les régimes alimentaires et médicaux, les troubles des glandes endocrines les avitaminoses, la lumière et les ultra-violets, les états pathologiques aigus ou chroniques, les anémies. Les troubles du squelette maxillo-facial agissent sur le développement de l'enfant. Les cliniques dentaires scolaires peuvent dépister ces affections et les traiter à l'âge favorable (cinq à treize ans). Elles agissent sur le développement général de l'enfant, garantissent son avenir, et jouent ainsi un rôle social des plus important.

Épithélioma malpighien post-traumatique précoce. — MM. M. DUVOIR et J. ABECASSIS (de Paris) rapportent l'observation d'un tôlier de quarante-quatre ans, qui se piqua avec un fragment d'aile d'automobile usagée. Une induration verruqueuse se constitua rapidement. Deux mois après l'accident, fut extrait « un petit éclat brillant ». Deux mois plus tard l'induration fut extirpée chirurgicalement. Il s'agit d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire. Il fut supposé que le corps étranger enlevé était un fragment de vernis cellulosique ; mais il n'est pas impossible que la plaie ait été en outre souillée par de la boue goudronneuse.

Chondrome et traumatisme. — MM. M. DUVOIR et L. POLLET (de Paris) rapportent l'observation d'un cas de chondrome isolé de l'humérus chez un adulte, pour lequel il est légitime de penser qu'un traumatisme a joué un rôle efficient sinon dans l'apparition, tout au moins dans l'augmentation de la tumeur développée sur un fond de dyschondroplasie localisée qui, elle-même, a pu être déter-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

minée par un choc survenu dans l'enfance à la période de croissance osseuse.

Un cas de calcifications périarticulaires de l'épaule. — MM. M. Duvoir et L. Pollet rapportent l'observation d'un cas de calcifications periscapulo-humérales où le diagnostic, soupçonné cliniquement, fut affirmé par la radiographie. Il s'agissait d'un manœuvre de cinquante-trois ans, qui n'invoquait aucun traumatisme à l'origine de son affection ; mais il est possible que les petits traumas professionnels auxquels il était soumis aient joué un rôle dans l'étiologie de la lésion. La guérison fut obtenue rapidement par le traitement médical.

Les solvants modernes et les difficultés médico-légales, par M. Zangger (de Zurich).

Les intoxications de la vallée de la Meuse, par M. Firkett (de Liége).

Recherches toxicologiques sur le tétrachlorure de carbone, par M. Kohn-Abrest (de Paris).

Contribution à l'étude de la sinistrose. — MM. T. Vasiliu et J. Stanesco (de Bucarest) apportent à ce sujet d'intéressantes considérations sur l'état antérieur de l'accidenté.

Blessures de l'artère vertébrale. — MM. Étienne Martin et Badr-el-Din (de Lyon) en présentent quelques observations.

Hématome intradure-mérien d'origine traumatique. Considérations cliniques, radiologiques et médico-légales, par MM. Mazel, Dechaume et Badr-el-Din (de Lyon).

L'examen labyrinthique chez les traumatisés du crâne, par MM. Piquet et Muller (de Lille).

Sur les signes objectifs du vertige chez les traumatisés du crâne. — M. Bouchet (de Paris) étudie le syndrome commotionnel des traumatisés du crâne du point de vue otologique, et montre l'existence de trois catégories : avec fracture du crâne ; sans fracture du crâne, avec surdité ; sans fracture et sans surdité, le blessé se plaignant simplement de céphalée et de vertige. L'examen de l'oreille doit être précoce pour pouvoir éliminer les surdités d'origine ancienne.

Examen fonctionnel de la circulation rétinienne dans les états comitiaux et les troubles subjectifs consécutifs aux traumatismes craniens. — MM. Dubar et Targowla (de Paris) exposent les résultats obtenus dans l'examen de nombreux sujets trépanés et commotionnés. Ils concluent que la constatation d'une instabilité de la tension artérielle rétinienne minima est appelée à rendre de grands services dans le contrôle des cas douteux.

Traumatisme de la colonne cervicale (fracture de l'apophyse odontoïde de l'axis avec subluxation atloïdo-axoïdienne) associé à une contusion de l'épaule gauche, par MM. P. Lande et P. Dervillée (de Bordeaux). — Il s'agit d'un sujet d'une vingtaine d'années qui, du fait d'un accident d'automobile,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

a présenté après consolidation une déformation de la colonne cervicale avec attitude vicieuse de la tête, ainsi que des lésions importantes du plexus brachial d'origine vraisemblablement radiculaire entraînant une grosse impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche.

Les éléments de l'invalidité après splénectomie. — MM. Mazel et Badr-el-Din (de Lyon) apportent leur point de vue au sujet de cette question.

M. Balthazar (de Paris) conteste le droit à indemnisation systématique après splénectomie en matière d'accident du travail et fait des réserves sur la fixation d'un taux commun à tous les cas. La capacité professionnelle est-elle vraiment diminuée ? Et les modifications sanguines ne sont même pas toujours dans le même sens (anémie ou polyglobulie, hyper ou hypoleucocytose).

Cancer développé sur une cicatrice de blessure par accident d'automobile, par MM. Delannoy et Driessens (de Lille).

Plaie sèche de la carotide interne par coup de feu, par MM. Delannoy et Muller (de Lille).

Les travailleurs des caissons à air comprimé. — M. Ruyssen fils (de Dunkerque) conclut de cette étude que, si le recrutement des tubistes est fait soigneusement avec contrôle médical, si la durée du travail en air comprimé est limitée à huit heures, si les examens médicaux périodiques sont réguliers dans le temps, si la direction est impeccable, les tubistes sont à l'abri des accidents graves.

Contusion thoracique et spirochétose pulmonaire. — MM. Decoulx et G. Patoir (de Lille) rapportent l'observation d'un blessé qui, après une fracture de côte, a présenté une hémoptysie prolongée avec atteinte de l'état général. La recherche des spirilles de Castellani est positive dans les crachats et le traitement par le stovarsol amène la rétrocession des phénomènes. Les auteurs discutent le problème médico-légal que pose cette observation.

Séquelles d'ostéosynthèse. — M. Muller (de Lille) attire l'attention sur les résultats défavorables de certaines ostéosynthèses, et publie 18 observations où il y a eu prolongation parfois considérable de l'incapacité temporaire et incapacité permanente d'un taux très élevé. Ces résultats sont dus à l'apparition d'ostéite, de suppuration, de pseudarthroses. Il insiste sur le danger social de telles opérations et réclame la création de services de traumatologie.

Une hémiplégie post-traumatique tardive sans hémorragie méningée. — MM. M. Marchand et Samsoen (de Lille) rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans victime d'un accident d'auto. Après un accès de confusion mentale avec excitation, elle reste obnubilée quelques jours, puis présente une hémiplégie droite avec paralysie faciale droite sans perte de connaissance. Les symptômes régressent progressivement. Après avoir éliminé l'hémorragie méningée ou cérébrale, l'hystérie, les auteurs s'arrêtent au diagnostic de spasme

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

vasculaire consécutif à l'irritation provoquée par le traumatisme.

Le filmage des lieux du crime. — M. Ribeiro (de Rio de Janeiro) présente un film reconstituant les circonstances d'un accident mortel d'automobile.

M. Sannié (de Paris) montre la difficulté d'appliquer une telle méthode à Paris où il y a en général plusieurs crimes par semaine. La photographie métrique lui semble préférable.

M. Leclercq (de Lille) insiste sur l'intérêt qu'il y aurait pourtant à employer cette méthode du filmage, au moins en province où la photographie métrique n'existe souvent pas.

L'ultropak en médecine légale. — MM. Pierre Étienne-Martin et Badr-el-Din (de Lyon), après avoir décrit cet appareil et en avoir indiqué le fonctionnement, montrent ses applications pour le diagnostic des poumons ayant ou non respiré.

M. Melissinos (d'Athènes) préfère les méthodes histologiques.

M. Muller (de Lille) préconise l'emploi de l'ultropak dans les examens de taches de sang et de sperme.

M. P.-E. Martin montre qu'il a voulu opposer l'emploi de l'ultropak à la méthode histologique et non pas les superposer.

M. Simonin (de Strasbourg) demande quelques précisions sur le diagnostic des poumons ayant ou non respiré, en cas de putréfaction.

M. P.-E. Martin montre alors l'aspect de ces deux cas à l'ultropak.

M. Balthazard montre bien que toutes ces méthodes de docimasie sont très vieilles. Elles se faisaient autrefois à la loupe et sont déjà bien préférables à la docimasie hydrostatique qui ne donne en général que des renseignements erronés.

Discussion de deux cas de mort subite. — MM. P. Étienne-Martin et Badr-el-Din rapportent l'observation d'un homme de cinquante ans mort subitement par fibrillation ventriculaire d'origine coronarienne, ayant entraîné la chute suivie d'hémorragie méningée et montrent la difficulté du diagnostic médico-légal en l'absence d'anamnèse. Le deuxième cas est celui d'une mort subite d'un individu porteur d'un épithélioma du front avec destruction osseuse sous-jacente et métastases multiples.

Les méthodes physiques en police scientifique. M. C. Sannié (de Paris) montre les services que peuvent rendre à la police scientifique la photographie, envisagée comme une science, la spectrographie, aussi bien pour la lumière visible que pour l'ultra-violet et l'infrarouge, la spectrophotométrie, la microphotométrie, enfin la mesure des conductibilités électriques. Certaines de ces méthodes lui ont permis de résoudre des problèmes judiciaires d'une manière entièrement nouvelle.

Modifications apportées dans les poumons des nouveau-nés par la combustion. — MM. Dervieux

(Suite à la page IX.)



et DEROBERT (de Paris) projettent à ce sujet toute une série de coupes microphotographiées.

Brûlures des ongles, par MM. PIÉDELIÈVRE et DEROBERT (de Paris).

Étude expérimentale et anatomo-pathologique des poumons des noyés. — MM. PIÉDELIÈVRE et FOURAULT (de Paris) ont fait subir à des chiens et à des lots de jeunes lapins et de jeunes chats une série de submersions expérimentales dans un mélange d'eau et d'encre de Chine. Ils ont prélevé les poumons après un séjour prolongé du corps de l'animal submergé à la température de + 2° et constaté par l'examen microscopique des poumons l'absence presque complète des grains d'encre de Chine dans les alvéoles centraux et leur condensation progressive dans les alvéoles périphériques. Toutes ces particules arrivent à former, en envahissant complètement les alvéoles les plus externes, une couche très dense et ininterrompue située immédiatement sous la plèvre. L'examen microscopique des poumons prélevés aussitôt après la mort montre au contraire une répartition assez régulière des grains d'encre de Chine qui tapissent les parois des bronches et des alvéoles dans toute l'étendue des champs pulmonaires.

Système circulatoire et trauma électrique, par M. MELISSINOS (d'Athènes).

M. CROUZON (de Paris) insiste à ce sujet sur les phénomènes nerveux, en particulier choréo-athétosiques, dans les électrocutions.

Lésions histologiques dans un cas d'électrocution par courant de 220 volts, par MM. MULLER et VIELLEDENT et Mme MARCHAND-ALPHANT (de Lille).

Le diagnostic de l'os humain et de l'os du singe en médecine légale, PAR MM. MULLER et DEMAREZ (de Lille).

Étude histologique de l'action des humeurs de la femme enceinte sur la glande génitale mâle du jeune lapin. Est-il possible de diagnostiquer pendant la grossesse le sexe du fœtus par les méthodes hormonales ? — Mme MARCHAND-ALPHANT et M. L. GERNEZ (de Lille) ont expérimenté cette méthode sur 50 jeunes lapins et obtenu 77 p. 100 de résultats exacts. La méthode semble avoir plus de valeur pour pronostiquer les filles que les garçons.

La recherche de la paternité des jumeaux. — M. C. SIMONIN (de Strasbourg) conclut de son étude, reposant sur des considérations embryologiques et biologiques, que la médecine légale se trouve en droit d'admettre que des jumeaux bivitellins peuvent provenir de deux pères. L'expertise consiste alors à prouver tout d'abord l'origine bivitelline des deux enfants. Ensuite la recherche et l'interprétation des groupes sanguins peuvent aboutir à une conclusion d'incomptabilité sanguine de la filiation pour l'un des enfants.

Les difficultés du diagnostic médico-légal des brûlures, par M. C. SIMONIN. — Les brûlures sont des lésions qui relèvent de causes physiques aussi bien que chimiques qu'il s'agit de différencier. De plus, des lésions semblables s'observent à la suite de l'irritation inflammatoire des téguments. Cependant, malgré les difficultés de l'expertise, il est possible d'apporter aux magistrats des précisions de nature à les aider à établir les responsabilités encourues et en particulier à appliquer la loi sur la protection des enfants en bas âge.

Analyses chimiques d'os calcinés, de cendres et examens histologiques à propos d'une expertise pour infanticide, par MM. SIMONIN et THIVOLLE (de Strasbourg).

Les lésions de la submersion dans la survie. — MM. MULLER, A. et M. MARCHAND-ALPHANT (de Lille) ont recherché les lésions pulmonaires, hépatiques et rénales chez des cobayes plongés dans l'eau ordinaire, retirés en état de mort apparente et ranimés par respiration artificielle.

Intérêt médico-légal du diagnostic de la grossesse par les méthodes hormonales. — M. L. GERNEZ (de Lille) apporte les résultats de 215 réactions biologiques par la méthode de Friedman-Brouha.

Ostéochondromatose du coude, par M. CAVALIÉ (de Béziers).

Sur un triple empoisonnement par l'arsenic, par MM. FONZÈS-DIACON, RIMBAUD, GRYNFELTT (de Montpellier) et CAVALIÉ (de Béziers).

Toxicité du bromure de sodium intraveineux. — MM. A. et G. PATOIR (de Lille) en ont fait l'étude expérimentale.

Technique de dosage des particules charbonneuses et siliceuses dans le poumon, par M. E. KAHANE (de Paris).

Recherches et dosage de l'apiol dans les viscères, par Mme A. MARCHAND-ALPHANT (de Lille).

Homicide commis par un paralytique général malarialisé. — MM. G. VERMEYLEN et P. VERVAECK (de Bruxelles) rapportent un cas d'homicide altruiste, suivi de tentative de suicide, commis par un malade impaludé. Le patient avait gardé, après le traitement, un fonds mental démentiel et des idées délirantes mélancoliques. Le suicide des paralytiques généraux est réputé rare, et l'homicide exceptionnel. Fait intéressant, le liquide céphalo-rachidien était redevenu normal. On ne peut attribuer au syndrome humoral de la paralysie générale de valeur au point de vue médico-légal.

Tentative grave de parricide par un dément précoce avec apparence de préméditation, par M. GENIL-PERRIN et Mlle M. LEBREUIL (de Paris).

Vols au cours d'états confusionnels, par M. GENIL PERRIN et Mlle M. LEBREUIL.

L'inscription sur la liste des médecins experts près les tribunaux, des médecins des asiles ayant moins de cinq ans d'exercice professionnel. — M. LE GUILLANT (de la Charité-sur-Loire) expose la situation injustifiée et absurde dans laquelle se trouvent placés les jeunes médecins des asiles, les experts ne pouvant être choisis que parmi des médecins ayant exercé pendant cinq ans ou pourvus du diplôme de médecine légale et de psychiatrie. Ainsi les jeunes médecins des asiles, bien que depuis longtemps spécialisés, nommés après un concours comportant des épreuves théoriques et cliniques de médecine mentale, chargés de décider du maintien des sujets internés dans leurs services, ne peuvent être commis dans les expertises mentales. L'auteur demande au Congrès d'émettre le vœu que les médecins des asiles en exercice bénéficient des mêmes avantages en matière d'expertise

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

mentale que les titulaires du diplôme de médecine légale et de psychiatrie.

La silicose envisagée du point de vue de la loi belge sur la réparation des maladies professionnelles, par M. GLIBERT (de Bruxelles).

État pulmonaire des 600 ouvriers mineurs de la fosse nº 2 des mines de Béthune. Exposition de 600 radiographies, par MM. LECLERCQ (de Lille) et BRÉHON (de Bully). — Cette étude sur la fibrose des mineurs confirme l'impression qui se dégageait d'une précédente enquête faite sur tout le personnel de la fosse. Les lésions pulmonaires nettement d'origine silicotique sont rares chez les mineurs du bassin houiller du Nord, et elles sont généralement discrètes. Elles ne se rencontrent pas chez les sujets qui ont été occupés pendant le temps le plus long à l'attaque de la roche ; on les découvre surtout chez ceux qui ont été atteints d'une affection pulmonaire antérieure. Enfin, la tuberculose pulmonaire est peu fréquente. On ne l'a découverte que chez deux sujets ; encore faut-il ajouter qu'elle est en activité chez un seul d'entre eux.

La tuberculose pulmonaire chez les houilleurs belges. — M. COURTOIS (de Marcinelle) présente un travail du dispensaire antituberculeux de Charleroi avec nombreux clichés radiographiques à l'appui montrant qu'en Belgique, la tuberculose est très rare chez les houilleurs qui ne font pas d'anthraco-silicose, tandis qu'elle est très fréquente chez les houilleurs atteints d'anthraco-silicose.

Sur quelques points de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des pneumoconioses minérales, par M. POLICARD (de Lyon).

Images pseudo-tumorales chez des mineurs de houille, par M. J. MINET (de Lille).

Influence de la ventilation sur la teneur en poussières de l'atmosphère des mines. — MM. J. LECLERCQ et M. MARCHAND (de Lille) n'ont pas décelé dans l'examen des roches du terrain houiller du Nord la présence de silicates complexes et attribuent cette absence au fait que les schistes n'ont pas subi encore une transformation suffisante. La ventilation existante permet de mettre à la disposition de l'ouvrier qui se trouve dans le poste le plus éloigné un volume de cent litres par seconde environ d'air frais. Il en résulte que seuls les ouvriers travaillant au contact même de la roche sont susceptibles d'inhaler des cristaux de silice capables d'atteindre les alvéoles pulmonaires. Le danger est vraiment minime à quelques mètres des fronts d'attaque de la roche. Il semble donc aux auteurs que la meilleure prophylaxie des pneumoconioses réside dans une ventilation intensifiée et bien aménagée.

Conditions hygiéniques du travail et affections pulmonaires des mineurs de fer en Lorraine, par MM. HEIM DE BALSAC et FEIL (de Paris).

Les difficultés du diagnostic de la silicose pulmonaire, par MM. J. MULLER et A. PATOIR (de Lille).

Répartition des poussières siliceuses dans les poumons, par M. E. ANTOINE (de Paris).

Discussion des différentes communications relatives à la silicose pulmonaire des mineurs :

MM. DEBEYRE et MOREL (de Lille) apportent les résultats des examens histologiques de poumons de mineurs qu'ils ont pratiqués.

M. R. FABRE (de Paris) rappelle en quelques mots les avantages que l'on peut tirer de l'étude des particules siliceuses du poumon par la méthode de Kahane basée sur la destruction nitro-sulfo-perchlorique de la matière organique. A la suite de cette destruction, les particules se trouvent isolées et peuvent être étudiées par des méthodes chimiques ou physiques. Elles peuvent en particulier être dosées. Ce dosage a été effectué systématiquement par G. Antoine sur les différentes portions du poumon. La répartition des particules siliceuses dans le poumon a pu être ainsi établie et il résulte de ce travail une confirmation directe des données histologiques et radiographiques concernant la richesse en particules siliceuses des différents lobes du poumon et leur abondance dans la région du hile.

M. LÉON BERNARD (de Paris) tire de ces débats les conclusions suivantes : la silicose pure existe ; la silice joue un rôle dans l'association silicose + tuberculose ; cette association prend une physionomie assez particulière ; elle peut être due aux conditions du travail ; il serait donc nécessaire de créer un organisme médical de contrôle de ces conditions.

M. LECLERCQ (de Lille) montre bien que ces débats ont permis de discuter des opinions très opposées et qu'il n'est pas possible d'être encore absolument fixé. De nombreuses, longues et minutieuses enquêtes seront encore nécessaires avant d'arriver à des conclusions définitives. Pour le moment, on a déjà une vision objective des faits. Il n'est pas encore possible d'interpréter les diverses théories en présence, et la question reste à l'étude.

Organisation du prochain Congrès.

Le XXe Congrès international de médecine légale et de médecine sociale de langue française aura lieu en 1935, à Bruxelles, sous la présidence de M. le professeur HEGER-GILBERT.

SZUMLANSKI.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR RATHERY

Le dimanche 17 juin 1934, à dix heures et demie, s'est déroulée, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié, la cérémonie de la remise au professeur Rathery de la médaille que lui ont offerte ses élèves, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, et qui a été exécutée par le sculpteur Raoul Bénard.

Dès avant l'heure fixée, l'amphithéâtre était plein d'une foule joyeuse et cela prouve que les élèves de M. Rathery sont nombreux. Il avait été spécifié, en effet, qu'eux seuls seraient admis à souscrire, et c'est sous cette condition expresse que le professeur Rathery avait fini par accepter le projet de la médaille.

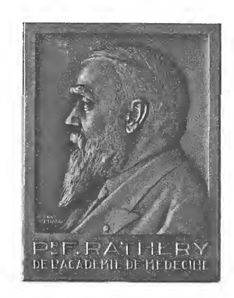
Ce fut donc, au plein sens du mot, une fête intime, une fête de famille où tous ceux qui prirent la parole le firent avec tout leur cœur. Le premier, M. Dérot, chef de clinique à la Pitié, exposa la genèse de la médaille, et dit, en termes excellents, pour quelles raisons d'affection profonde tous les élèves de Rathery sont heureux de posséder ce souvenir, qui est, en même temps, une belle œuvre d'art.

Le professeur Chevassu, parlant au nom des camarades d'étude du professeur Rathery, exalta toutes ses qualités d'intelligence et de cœur : le professeur Castaigne, un de ses premiers maîtres, rappela quelles promesses d'avenir il donnait dès ses débuts et évoqua le souvenir de chers compagnons disparus.

Le professeur Binet, président du Comité d'Organisation, fit la remise de la médaille.

Dans sa réponse, le professeur Rathery exprima ses remerciements et montra éloquemment la puissance des liens qui, dans notre vie médicale, unissent le chef à ses élèves.





La médaille à l'effigie du professeur Rathery (Œuvre de M. Raoul Bénard).

La cérémonie était terminée et, après avoir défilé devant le professeur et Mme Rathery, chacun se retira, emportant le souvenir d'une fête des plus réussies dans sa note voulue d'affectueuse simplicité. Aucun indifférent, rien que des amis sincères : de combien de réunions, médicales ou non médicales, pourrait-on en dire autant ?

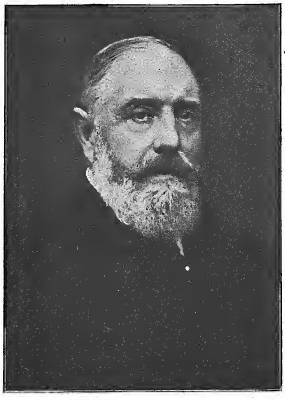
A. BAUDOUIN.

NÉCROLOGIE

ACHILLE CHARLES LOUSTE
1876-1934

L'hôpital Saint-Louis vient de perdre un de ses médecins les plus actifs, le Dr Achille Louste a été emporté en quelque vingt jours par une infection aiguë, pénible et douloureuse, au cours de laquelle il conserva la plus grande sérénité d'âme, sans se faire cependant à aucun moment illusion sur sa gravité et son pronostic fatal.

Le Dr Achille Louste était né le 1er août 1876 à Mesnil-le-Roi, où il a été inhumé. Il avait été reçu le second à l'Internat des hôpitaux de Paris ; c'est dire de quelle qualité de concours il était doué dès le début de ses études médicales. Il fut nommé médecin des hôpitaux, le 25 juin 1913, la même année que Courcoux, Boidin, Trémolières



Le Dr ACHILLE CHARLES LOUSTE.

et Clovis Vincent. Chef de service au 1er janvier 1920, il devint médecin de l'hôpital Saint-Louis en 1922.

Il avait été l'interne et le chef de clinique de Gaucher, et il en conserva le même esprit primesautier, le même goût de la simplicité dans les diagnostics dermatologiques, sans cependant adopter les ostracismes thérapeutiques ou techniques qui avaient rendu son maître légendaire. Gaucher avait eu sur lui une si grande influence que pour qui avait connu celui-ci, il était facile de reconnaître dans Louste beaucoup d'attitudes, de locutions, de gestes familiers à son maître.

Son service était d'une grande activité ; il s'y passionna avec Thibault sur le traitement chirurgical du lupus nodulaire, dont il montra les bons résultats, à condition que les plaques lupiques ne soient pas d'une grande étendue et ne provoquent pas de délabrements importants.

Intéressé par les manifestations générales qu'on observe au cours de la syphilis primaire (ictère, albuminurie, lymphocytose rachidienne, inégalité pupillaire), il pensa à rechercher l'état de la rate pendant le chancre syphilitique, et il montra que la rate participait fréquemment à l'infection générale et se manifestait par une hypertrophie décelable à la percussion. L'hypertrophie de la rate pendant la période primaire reste indéfectiblement attachée au nom de Louste.

Il sut s'entourer de collaborateurs de choix. Il y a quelques années, lorsque Sabouraud prit sa retraite, il jeta son dévolu parmi les services annexes que les médecins de Saint-Louis ont à diriger, le service des teigneux, que laissait libre le départ de Sabouraud. C'est ainsi qu'il eut le bon esprit de garder auprès de lui Rivalier, qui avait appris de Sabouraud les bonnes techniques mycologiques et les moyens de diagnose des champignons des teignes, et qui d'autre part s'était fait connaître par des travaux marqués du meilleur esprit scientifique sur le chancre mou et son bacille ; il avait comme collaborateurs Juster, si compétent dans l'électothérapie et dans la pratique des rayons X ; Thibault, remarquable coadjuteur ; Lévy Frankel, versé dans les rendocrinides ; Caillaud, son chef de laboratoire dont les travaux en histologie font autorité.

Louste était un animateur incomparable, c'était le secrétaire général né de toutes les sociétés ou assises dermatologiques. Il était secrétaire général, depuis 1929, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, succédant à l'homme bon, ponctuel et aimé qu'était le Dr Hudelo, admis à la retraite. C'est là qu'il donnait toute sa mesure de gérant intellectuel, d'adoucisseur d'angles souvent aigus, intermédiaire éclairé et apte aux meilleures solutions entre les membres de la Société et le Bureau. Assis à la gauche du président au cours des séances scientifiques ou aux réunions du Comité, il redressait d'un geste aisé et d'une parole facile autant qu'abondante les erreurs protocolaires et les oublis. Il connaissait à fond les statuts de la Société et ne laissa jamais, à aucun moment, les membres du Bureau s'y soustraire ; et lorsque ceux-là devinrent insuffisants, il ne manqua pas d'une minute le moment de supprimer et d'ajouter ce qu'il fallait.

Il écrivait aussi facilement qu'il parlait, et sa correspondance avec Budapesth à l'occasion du futur Congrès de dermatologie de 1935 en fut une preuve surabondante ; aussi chacun se reposait-il sur lui pour servir les intérêts de la Société et de ses membres dans toutes les grandes assises internationales.

Il était secrétaire général du *Service social* à l'hôpital dont il fut d'ailleurs le créateur, avec Mme Getting. Grâce à lui toute une cohorte d'infirmières instruites et pourvues du tact nécessaire, dépistent les tuberculeux, les syphilitiques, s'occupent de mettre l'entourage à l'abri de la contagion, bref, remplit, une œuvre prophylactique admirable.

Il était secrétaire général de l'*Assistance aux lupiques*, récemment créée à l'hôpital Saint-Louis pour venir en aide morale, matérielle et thérapeutique à ces malheureux deshérités que sont ces mutilés de la face par la tuberculose, œuvre grande à accomplir, difficile aussi, car les médecins eux-mêmes, souvent rebutés par l'insuffi-

NÉCROLOGIE *(Suite)*

sauce des moyens et l'étendue du dommage, par la négligence craintive des malades, ne mettent pas toujours la persévérance nécessaire et la ténacité confiante pour mener à bien la cure.

Il était vice-président des *Amis de l'hôpital Saint-Louis*, œuvre qui s'occupe de l'assistance matérielle et morale des malades de cet hôpital, surtout après leur sortie.

Il était secrétaire général de l'*Association internationale des dermatologistes de langue française*, ce qui nécessitait encore de sa part une correspondance considérable

Enfin il avait créé les *Assises nationales de médecine* destinées à assembler chaque année les médecins des divers coins de France pour qu'ils y apportassent le fruit de leurs observations de clientèle, méthode trop souvent négligée, car la pratique de tous les jours peut apporter des enseignements très féconds si le praticien est un observateur instruit et consciencieux.

Louste présida les dernières assises sur la syphilis avec une particulière autorité, et il obtint un succès personnel incontestable en même temps qu'il réunit ainsi d'intéressants documents sur la syphilis en France.

Il avait été nommé récemment membre du conseil d'administration de la Ligue nationale contre le péril vénérien, et déjà sa grande régularité, sa connaissance des œuvres d'assistance faisaient prévoir le secours qu'il pourrait apporter à la Ligue. C'est dire que, malgré l'énormité du labeur qui l'écrasait par ses innombrables fonctions, il n'hésitait pas un instant à en accepter d'autres s'il était persuadé que cette nouvelle charge pour lui pouvait être utile aux autres, c'est-à-dire à ses collègues, aux malades et à la collectivité.

Louste était un excellent collègue, plein de jovialité et de cordialité. Il n'était pas ennemi des honneurs. Il avait été nommé lieutenant-colonel médecin, comme son maître Gaucher, et il était heureux de ce titre qui lui permettait d'avoir une action plus grande dans la médecine militaire. Chevalier de la Légion d'honneur, il venait d'être porté au tableau de concours pour la croix d'officier ; cela lui était bien dû. Il avait de nombreux amis, aussi le char funèbre qui l'emportait, avec d'unanimes regrets vers sa dernière demeure était-il surchargé de fleurs, de palmes et de couronnes.

G. MILIAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1934.

M. WALTHER, président, fait part à l'Académie de la mort de Mme Pierre CURIE.

Un cas de cénurose humaine dû au « Cœnurus serialis », parasite habituel des lapins et des lièvres. — MM. BRUMPT, DUVOIR et Mlle J. SAINTON ont étudié trois kystes parasitaires déterminés par le cénure sérial, provenant d'une femme de cinquante ans possédant deux grands chiens. La larve de ténia est un parasite cosmopolite assez fréquent dans certaines localités, dans le tissu conjonctif, les muscles et parfois le rein des lapins domestiques et sauvages et des lièvres. Le ver adulte vit dans le tube digestif du chien. Ce dernier s'infeste en ingérant des viscères de lapins et six semaines plus tard émet de nombreux anneaux de ténia infectieux pour les léporides. Un fait intéressant à signaler, c'est que Laennec, qui a consacré la première moitié de sa trop courte existence à la parasitologie et à l'anatomie pathologique, est le premier auteur qui ait signalé dès 1804, dans son remarquable mémoire sur les vers vésiculaires, la présence probable chez les lapins d'un ver cystique comparable à ceux trouvés dans le cerveau des herbivores.

L'homme est un hôte tout à fait accidentel de ces parasites, bien qu'il soit souvent exposé à l'infection, puisque cinq cas seulement sont connus chez lui.

Diminution progressive de la méningite tuberculeuse. — MM. LESAGE et MOINE. — L'étude de la statistique faite tant à Paris qu'à Londres, de 1896 à 1931, montre la diminution progressive de la méningite tuberculeuse de l'enfant de zéro à quatre ans, et de ce fait, la diminution parallèle de la tuberculose en général pour cette période de la vie. Les courbes présentées par M. Lesage sont très frappantes à cet égard.

Action de la cure arsenicale sur le métabolisme azoté et sur le métabolisme des hydrates de carbone. — MM. RATHERY, R. WOLFF et Mlle Simone MANJEAN ont fait d'intéressantes observations avec les eaux de la Bourboule. Leurs recherches donnent des résultats concordants avec ceux obtenus au griffon en ce qui concerne les modifications de la glycémie et de la glycosurie chez les diabétiques.

En ce qui concerne le métabolisme des protéiques, les auteurs n'ont pu retrouver l'action d'épargne signalée à différentes reprises. Ils ont pu enfin déterminer l'action de la cure arsenicale sur le métabolisme d'une série d'autres substances, en particulier des corps cétoniques des phosphates et du glutathion.

Le traitement de la maladie de Basedow en fonction de l'intervention de l'hypophyse dans l'hyperthyroïdie. — MM. G. ETIENNE et P.-L. DROUET. — Les résultats de la thérapeutique actuelle de la maladie de Basedow sont généralement incomplets. Il existe des séquelles dont il faut rechercher la cause dans la nature même du goitre exophtalmique. De nombreux arguments physiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques montrent qu'avec l'hyperthyroïdie coexiste l'hyperpituitarisme, et l'abaissement du métabolisme basal à la suite de la simple irradiation hypophysaire prouve que la suractivité pituitaire commande l'hyperthyroïdie.

Dans ces conditions, la thérapeutique de la maladie de Basedow ne doit plus se borner aux méthodes usuelles : radiothérapie du corps thyroïde, iodothérapie, thyroïdectomie ; il faut lui associer un traitement dirigé contre l'hyperpituitarisme et, actuellement, seule l'irradiation sur l'hypophyse paraît susceptible d'intervenir efficacement.

Action de certaines eaux minérales sur l'épreuve d'hyperglycémie provoquée expérimentale. — M. DUHOT et Mlle CUVELIER.

Note sur la prévention de la tuberculose par la vaccina-

tion au BCG dans l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin). — M. KERN apporte de nouveaux faits confirmant les résultats favorables qu'il a précédemment apportés.

Étude sur la réduction du bleu de méthylène par les sucs et tissus végétaux. — MM. A. BOUTARIC et TONY JACQUINET.

Election. — MM. HILL (de Londres) et HOUSSAY (de Buenos-Aires) sont élus correspondants étrangers dans la IVe division (sciences biologiques, physiques, etc.).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 juin 1934.

Nouveaux essais sur l'influence de l'addition de substances non spécifiques à l'antigène dans la production de l'immunité antitoxique. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et R. RICHOU. — Les essais exposés montrent que c'est l'incorporation de l'anatoxine diphtérique ou de l'anatoxine tétanique dans la lanoline ou mieux dans l'huile lanolinée qui, dans l'ensemble, aboutit à la production la plus élevée d'antitoxine spécifique, chez le cobaye et chez le lapin. L'accroissement d'immunité que l'ont obtient ainsi semble bien dû (comme il a été établi pour le tapioca en 1924) à la résorption lente de l'antigène, à son élimination moins rapide et aussi à l'inflammation locale qui résulte de l'introduction sous la peau de substances non spécifiques en mélange avec l'antigène anatoxique.

On peut se demander si l'emploi d'un vaccin microbien dans des conditions analogues, en utilisant les mêmes excipients, par exemple l'huile lanolinée, permet, lui aussi, d'obtenir un accroissement d'immunité et de quel ordre.

Action de certains acides organiques sur les sérums leishmaniens. — MM. L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD-RICHARD et S. NOUGUÈS. — L'acide acétique, l'acide formique et l'acide lactique gélifient beaucoup plus rapidement le sérum des chiens leishamaiens que le sérum des chiens normaux. La gélification s'accompagne d'opacification. Cette action est de tout point comparable à celle qu'exerce le formol sur le sérum des chiens infectés par la leishmania.

Propriétés pathogènes, pour la souris, des variantes dissociées R et S du bacille aviaire. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL étudient dans cette note, les différences de virulence des variantes R et S d'origine aviaire, observées chez les souris inoculées par voie péritonéale ou sous-cutanée.

Il ressort de leurs expériences que les variantes dissociées des souches aviaires se comportent différemment suivant la voie d'inoculation. En effet, tandis que l'inoculation de la variante S provoque chez la souris, par voie péritonéale, l'hypertrophie du foie et de la rate caractéristique du type Yersin, elle produit, chez cet animal par voie sous-cutanée, une tuberculose généralisée évolutive du type Villemin. L'inoculation intrapéritonéale de la variante S détermine donc chez la souris le même type de tuberculose que l'inoculation intraveineuse chez le lapin.

Ils constatent que la virulence des deux variantes R et S se révèle nettement différente. De même que pour le lapin, comme ils l'ont déjà démontré, la variante S se montre très pathogène pour la souris, tandis que la variante R, aux mêmes doses, est tout à fait inoffensive pour cet animal.

Phénomène de zone dans l'agglutination par le sérum des cobayes tuberculeux traités par B. abortus. — M. W. SARNOWIEC a essayé de préciser les rapports qui existent entre l'influence activante de l'infection tuberculeuse et le mode d'inoculation du bacille de Bang.

Il ressort de ses expériences que le sérum des cobayes tuberculisés inoculés au foyer tuberculeux avec des bacilles de Bang n'agglutine pas aux fortes concentrations (1/30-1/50); par contre, cette agglutination se produit par des concentrations plus faibles à partir de 1/100). Ce phénomène, qui est assimilable à un « phénomène de zone », peut également être constaté chez les animaux inoculés par voie sous-cutanée et exceptionnellement aussi par injection péritonéale. Plus marqué lorsque la maladie est plus avancée, il est en rapport avec la nature de l'émulsion injectée ; les bacilles tués donnent à ce point de vue les meilleurs résultats.

Inclusions produites par le virus de la fièvre jaune chez les souris inoculées sous la dure-mère. — MM. S. NICOLAU, L. KOPCIOWSKA et M. MATHIS concluent de leurs recherches effectuées sur 55 souris infectées expérimentalement :

1° Toutes les souris mortes à la suite de l'inoculation sous-durale de virus amaril ont des inclusions dans des cellules nerveuses du névraxe (cerveau et moelle).

2° Le fait est constant, que la souche de germes utilisée soit celle cultivée exclusivement sur des singes, ou bien celle adaptée au cerveau de la souris.

3° Les inclusions amariles peuvent être trouvées également dans des cellules gliales du névraxe, dans des cellules endothéliales des petits capillaires encéphaliques, dans des cellules du plexus choroïde ou dans des éléments de recouvrement de la paroi des ventricules latéraux, dans des cellules de Purkinje, ainsi que dans des neurones des ganglions spinaux.

4° Dans la corne d'Ammon les inclusions oxyphiles intranucléaires peuvent atteindre la dimension de 2 à 4 μ ; même dans ces grandes inclusions, nous n'avons jamais vu une structure interne comme dans celles qui caractérisent la maladie de Borna.

5° Une autre région où l'on trouve facilement de belles inclusions est celle des noyaux thalamiques ; une autre encore est constituée par les neurones les plus antérieurs des cornes antérieures de la moelle.

6° Les lésions anatomo-pathologiques du névraxe révèlent une encéphalo-myélite, avec, parfois, destruction des cornes antérieures de la moelle comme dans la maladie de Heine-Medin ou dans celle de Borna.

7° Chez les souris sacrifiées deux, trois ou quatre jours après l'inoculation cérébrale, et chez d'autres mortes le cinquième, sixième, septième ou huitième jour, on peut voir dans le noyau des cellules ganglionnaires du névraxe toutes les phases qui précèdent la formation des inclusions amariles aux dépens du caryoplasme transformé par l'action des germes.

8° Les premières inclusions intranucléaires, entourées de halo, caractéristiques, apparaissent le quatrième jour dans des neurones encéphaliques. Ces formations ne prennent naissance dans certains éléments de la série gliale qu'un peu plus tard.

STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES

AX-LES-THERMES (Ariège)

Altitude 718 mètres. Climat de montagne à air pur, tonique. Eaux sulfurées sodiques de 22° à 75°. *Indications:* Les diverses manifestations des rhumatismes, les affections oto-rhino-laryngologiques, les dermatoses. Saison : du 1er juin au 31 octobre.

BARBOTAN-LES-THERMES (Gers)

Eaux sulfurées sodiques carbo-gazeuses. Bains et boues végéto-minérales à eau courante naturelle, 36°.

Indications: Suites de phlébites, rhumatismes, sciatiques. *Saison :* 1er mai-15 octobre.

BARÈGES (Hautes-Pyrénées)

Altitude 1 250 mètres. Eaux sulfurées sodiques thermales. *Indications : a)* affections osseuses et articulaires chroniques ; *b)* dermatoses torpides sans prurit. *Saison :* du 15 mai au 1er novembre.

BOURBONNE-LES-BAINS (Haute-Marne)

Altitude 272 mètres. Eaux chlorurées sodiques, hyperthermales.

Indications : Arthropathies rhumatismales, goutteuses, traumatiques, suites de fractures et de luxations, lésions osseuses. *Saison :* du 1er mai au 15 octobre.

BRIDES-LES-BAINS (Savoie)

Altitude 580 mètres. Climat de montagne tempéré. Eaux thermales sulfatées et chlorurées sodiques.

Indications : Obésité, congestion et troubles fonctionnels du foie, entérites chroniques et infections colibacillaires, états d'anaphylaxie. *Saison:* fin mai à fin septembre.

CAUTERETS (Hautes-Pyrénées)

Altitude 950 mètres. Nez, gorge, oreilles, bronches, voies respiratoires, enfants. *Saison :* juin-octobre; tarifs réduits en juin, septembre.

Établissements thermaux remis à neuf et outillage entièrement modernisé.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'*Union Thermale Pyrénéenne*, 76, boulevard Haussmann, Paris (8e). *Tél. Europe* 35-77.

CHATEL-GUYON (Puy-de-Dôme)

Altitude 400 mètres. Climat tempéré. Station la plus riche du monde en chlorure de magnésium.

Indications : Maladies de l'intestin et du foie, colibacillose, entérites infantiles et coloniales. *Saison :* du 1er mai au 6 octobre.

LA BOURBOULE (Puy-de-Dôme)

Altitude 850 mètres. Eaux arsenicales fortes, chlorurées sodiques, bicarbonatées, radio-actives.

Indications: Maladies des voies respiratoires, maladies des enfants, dermatoses, diabète, anémie, paludisme. *Saison:* 15 mai-15 octobre.

Cure à domicile: par quarts de bouteille ; colis 12 et 24 quarts. Toutes pharmacies par commandes adressées à Cie des Eaux Minérales à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

NÉRIS (Allier)

Altitude 364 mètres. Eaux alcalines hyperthermales, radio-actives, carbonatées métalliques, chargées de matières organiques (Conferves).

Indications : Maladies du système nerveux, rhumatismes, affections gynécologiques. *Saison:* du 15 mai au 1er octobre.

PLOMBIÈRES (Vosges)

Saison : 15 mai-30 septembre, à six heures de Paris (Voitures directes). Eaux thermales radioactives. Établissements neufs. Installations perfectionnées. Intestins, syndromes du sympathique, rectites, hémorroïdes, syndromes entéro-gynécologiques, rhumatismes, névralgies sciatiques.

POUGUES (Nièvre)

Altitude 200 mètres. Eaux froides, bicarbonatées mixtes, à prédominance d'ion calcium, un peu ferrugineuses et lithinées.

Indications : Dyspepsies (hyposthénies surtout), hépatisme, asthénie; cures d'air, d'eau et de repos.

SAINT-SAUVEUR (Hautes-Pyrénées)

Altitude 770 mètres. Eaux tièdes et thermales sulfurées sodiques, gazeuses, radio-actives. *Indications :* affections gynécologiques. *Saison :* du 1er juin au 1er octobre.

SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées)

Eaux chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées magnésiennes froides.

Indications : Affections gynécologiques, fibromes, lymphatisme, ostéites, rachitisme, tuberculoses externes, adénopathies.

SALINS-MOUTIERS (Savoie)

Altitude 490 mètres. Climat de montagne tempéré. Eaux thermales chlorurées sodiques, carbogazeuses fortement radio-actives.

Indications : Insuffisances endocriniennes, maladies des enfants, métrites et annexites chroniques. *Saison:* fin mai à fin septembre.

VITTEL (Vosges)

Eaux sulfatées calciques et magnésiennes froides.

Indications : Goutte, lithiases urique, oxalique ou phosphatique ; pyélites, prostatites, hypertension, néphrite azotémique, lithiase biliaire, glycosurie goutteuse, obésité des arthritiques. *Saison:* du 20 mai au 25 septembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

9° Chez les animaux morts onze à quatorze jours après l'inoculation, on constate une certaine résorption des lésions encéphaliques et la disparition partielle et progressive des inclusions, dans le cerveau d'abord, dans la moelle ensuite. Dans de tels cas, les dernières cellules qui conservent des inclusions oxyphiles dans leur noyau sont les cellules gliales.

10° Il ne faut pas confondre la dégénérescence oxychromatique du noyau (fait qui atteste la mort de la cellule ou sa souffrance intense) avec la présence d'inclusions (une des phases de résistance de la cellule).

11° Absence d'inclusions dans les cellules hépatiques.

12° L'affinité du virus entraîné à cultiver dans le névraxe de la souris est loin d'être strictement neurotrope ; à l'encontre de ce que certains auteurs ont affirmé ce même virus n'engendre pas de septinévrite dans l'organisme de l'animal d'expérience.

Les inclusions intranucléaires chez le cobaye infecté par voie sous-dure-mérienne avec le virus de la fièvre jaune. — MM. S. Nicolau, L. Kopciowska, M. Mathis et O. Baffe étudient les inclusions amariles chez 42 cobayes et arrivent aux conclusions suivantes :

1° On trouve des inclusions de fièvre jaune dans certains neurones du cerveau et de la moelle *chez tous les cobayes* morts à la suite d'inoculation sous-dure-mérienne de virus amaril, que la souche utilisée pour l'inoculation ait été entretenue sur des singes ou adaptée au cerveau de la souris.

2° En plus des neurones névraxiques, les inclusions amariles peuvent être mises en évidence dans les cellules nerveuses des ganglions spinaux et du ganglion plexiforme, dans des cellules gliales du cerveau et de la moelle, dans l'endothélium de certains capillaires encéphaliques ainsi que dans des cellules du plexus choroïde.

3° Les altérations histologiques produites par le virus amaril dans le névraxe du cobaye réalisent, comme chez la souris, une encéphalo-myélite, avec des altérations plus ou moins intenses dans les cornes antérieures de la moelle.

4° L'histogène des inclusions chez le cobaye est la même que chez la souris, à ceci près que les inclusions typiques apparaissent, chez le cobaye, d'abord dans les cellules gliales (dès le quatrième jour), ensuite dans les neurones encéphaliques (le septième jour) et plus tard dans les neurones médullaires (le neuvième jour).

5° Il est intéressant de constater l'existence d'inclusions dans le névraxe des animaux ne présentant encore aucun symptôme morbide.

6° Nous avons trouvé les inclusions les plus belles, les plus volumineuses, dans les neurones des cornes antérieures de la moelle ; les plus nombreuses (20 inclusions et plus dans le même noyau) dans la corne d'Ammon.

7° Nous considérons comme corpuscules amariles caractéristiques, les formations oxyphiles rondes, individualisées ou groupées, entourées ou non de halo, mais toujours *incluses* dans un caryoplasme qui garde ses propriétés tinctoriales normales.

8° Dans les neurones, les inclusions sont presque toujours multiples (8 à 10 ou même 20). Dans les cellules gliales, le nombre des inclusions dépasse rarement le chiffre de 6 ; souvent l'inclusion est unique, assez volumineuse (2 à 3). Dans les cellules du plexus choroïde, les inclusions sont presque toujours uniques dans le noyau, grandes, colorées en rouge vif, parfois en bleu et entourées d'un large halo.

9° Chez le cobaye mort d'encéphalo-myélite amarile conférée par voie cérébrale, les lésions du foie sont de beaucoup plus réduites que chez le singe ; on n'y trouve les inclusions intranucléaires que tout à fait exceptionnellement.

Action de l'extrait acétonique de bacilles de Koch sur les lésions déterminées par le bacille tuberculeux humain chez le lapin. — MM. L. Nègre et J. Valtis montrent que chez les lapins inoculés dans la veine avec 0mg,01 d'un bacille tuberculeux de type humain, les rares lésions pulmonaires qu'on observe à la suite de cette inoculation ne sont pas activées par des injections sous-cutanées bihedbomadaires d'un centimètre cube d'extrait acétonique de bacilles de Koch. Si le traitement est effectué par des injections intraveineuses de 2cc,5 de cet extrait répétées à quatre reprises dans la semaine qui suit l'inoculation virulente, on peut observer dans certains cas une légère activation des lésions pulmonaires, surtout si la dose des bacilles inoculés est doublée, 0mg,02 au lieu de 0mg,01. Des passages successifs de ces souches chez des lapins soumis à des injections intraveineuses répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch n'ont pas permis à ces auteurs d'augmenter le pouvoir pathogène des bacilles tuberculeux humains pour le lapin.

Recherche du bacille de Koch par hémoculture sur milieu de Lœwenstein dans le sang de 18 déments précoces. — MM. Rodiet, A. Névot et J. Maillefer ont examiné le sang de 18 hébéphréniques typiques. Les ensemencements pratiqués suivant la technique classique, laissés quarante-huit jours à l'étuve à 37°, n'ont montré ni cultures apparentes, ni microcultures de bacilles tuberculeux, et les résultats obtenus concordent avec ceux du laboratoire de recherches sur la tuberculose, de l'Institut Pasteur.

Recherches expérimentales sur l'interférométrie. — MM. P. Laurent-Gérard et H. Simonnet. — L'ablation des testicules ou des ovaires n'entraîne pas de modifications systématiques significatives dans les valeurs du pouvoir fermentaire du sérum du chien vis-à-vis des « opzims » d'ovaire ou de testicule, d'hypophyse antérieure ou de thyroïde. Il en est de même de la ligature des canaux déférents, de la folliculinisation. Les auteurs discutent la signification de ces résultats pour l'interprétation des résultats de l'interférométrie dans le diagnostic des troubles endocriniens chez l'homme.

Réactions endocriniennes chez des chiens atteints de diabète pancréatique expérimental. — MM. Léon Binet, Jean Verne et R. Messimy. — Chez les chiens dépancréatés et présentant les symptômes classiques du diabète pancréatique expérimental, l'hypophyse, la thyroïde, la surrénale présentent des modifications structurales marquées : dans l'antéhypophyse, abondance de cellules à la fois éosinophiles, sidérophiles et riches en mitochondries, cellules jeunes, en pleine activité ; dans les lobes intermédiaire et nerveux, abondance de colloïde. Au niveau de la thyroïde, l'aspect correspond à un hyperfonctionnement de la glande ; pour la surrénale, si la médullaire est d'apparence normale, la corticale offre, dans les trois quarts des cas, une surcharge graisseuse prononcée,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

coïncidant toujours avec une surcharge graisseuse du foie.

Le diabète pancréatique semble donc s'accompagner d'un hyperfonctionnement hypophysaire intervenant probablement dans le déterminisme des modifications thyroïdiennes et cortico-surrénales observées.

Les voies d'association homolatérales de l'hypothalamus. — MM. Roussy et Mosinger, poursuivant leur étude sur le complexe hypothalamo-hypophysaire, étudient dans cette note les systèmes des fibres d'association homolatérales qui relient les différents segments de l'hypothalamus.

Ces systèmes comprennent d'une part un contingent de fibres qui unissent l'hypothalamus moteur à l'hypothalamus végétatif ; d'autre part, des contingents reliant les corps mamillaires à l'hypothalamus végétatif. Des fibres d'association réunissent également les différents noyaux de chaque segment fonctionnel de l'hypothalamus.

Il existe donc des connexions étroites entre les différents noyaux végétatifs de l'hypothalamus, et ce fait plaide en faveur d'une certaine unité fonctionnelle de l'hypothalamus végétatif.

Les corps mamillaires jouent par rapport à l'hypothalamus végétatif le rôle d'un organe de corrélation avec le cortex olfactif. Les connexions anatomiques expliquent peut-être certains troubles végétatifs observés au cours des lésions mamillaires.

F. P. Merklem.

ÉCHOS

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS

Le dîner d'*été* de l'Amicale avait été organisé par le Pays Dr Luys dont la compétence gastronomique s'affirma, une fois de plus, par le choix du Pré-Catelan.

Le président Dr Baillière se fit l'interprète de tous les convives en exprimant la satisfaction générale d'un menu impeccable dans un cadre de beauté et d'élégance.

Étaient présents les Pays : Baillière, Bauzet, Bauer, Bougrand, Bourguignon, Cachéra, Clément, Dalle, David, Deniker, Devraigne, Dufour, Eloy, Fasquelle, Fège, Fournier, François, Galliot, Gerson, Guillemin, Guillet, Jacob (Elisancth), Léon-Gérard, Le Savoureux, Lipschitz, Lutaud, Luys, Mircouche (Irène), professeur Ombrédanne, Ombrédanne (Marcel), Papillon, Pignot, Poumailloux, Schaeffer, Thalheimer, Tixier, Viala.



Ce cinquante-deuxième dîner de l'Amicale fut l'occasion également pour le trésorier Dr Paul Lutaud d'exposer avec humour l'état plus que satisfaisant de sa caisse.

Le secrétaire général Dr Jules Bongrand mit aux voix les candidatures qui, toutes, furent acceptées avec une joyeuse unanimité.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général : Dr Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (XVIIe).

NOUVELLES

Une statue de Montaigne à Paris. — Paris, comme beaucoup de villes en France, possède des statues de personnalités d'un mérite bien inégal. Le quartier latin n'avait pas de statue de Montaigne. Grâce à notre éminent confrère le Dr Armengaud, qui a voué à l'auteur des *Essais* un véritable culte, cette lacune est comblée. Une statue de Montaigne s'élève maintenant devant la Sorbonne.

Prix Broden. — Diverses sociétés minières intéressées dans les affaires coloniales ont mis à la disposition de M. le professeur Rodhain une somme de 30 000 francs, dont les intérêts serviront à distribuer, tous les deux ans, un prix appelé prix Broden (en mémoire du regretté directeur de l'École de médecine tropicale) destiné à récompenser le meilleur travail paru dans les *Annales de la Société belge de médecine tropicale*.

Le premier prix Broden sera attribué le 1er avril 1936.

Académie de médecine de Barcelone. — *Prix à décerner en* 1934. — Prix de l'Académie :

1° Etude de topographie médicale d'une commune du district académique de Barcelone ;

2° Observation d'une épidémie épizootique observée pendant la dernière année.

Prix en l'honneur du Dr Salva y Campillo :

Recherches cliniques et expérimentales se rapportant à l'infection tuberculeuse.

Prix à décerner en 1936. — Prix du Dr Gari :

Recherches originales et personnelles sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'appareil urinaire.

Prix Turro :

A l'auteur des recherches originales les plus intéressantes effectuées en 1934.

Prix Miguel Visa y Tuban :

Recherches se rapportant à l'étiologie et à la pathogénie du cancer.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Académie, Cale Carmen, 47, Barcelone.

Voyage d'études médicales. — *Les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie de M. le professeur Maurice Villaret visitent les installations thermales de Vichy.* — Les élèves du Cours de perfectionnement d'hydro-climatologie de M. le professeur Maurice Villaret ont ouvert, cette année, la série des Voyages d'études médicales à Vichy.

Les visiteurs avaient à leur tête M. le professeur Maurice Villaret, entouré de ses distingués collaborateurs MM. les Drs Justin Besançon, médecin des hôpitaux, et Deval, chef de laboratoire. Elle comprenait des médecins représentant quatorze nations différentes.

Après avoir été installés à l'Hôtel du Parc, par les soins de la Compagnie Fermière, les distingués visiteurs ont été reçus à la bibliothèque de la Société des sciences médicales où M. le Dr Binet, vice-président, leur a fait un très lumineux exposé des indications de la cure de Vichy. Ce fut ensuite une conférence de M. le professeur Maurice Villaret, sur la thérapeutique hydrominérale dans les maladies du tube digestif, constituant la dernière leçon de son cours.

Le soir, une soirée artistique fut organisée en leur honneur au Grand Casino, avec le concours d'artistes de grand talent.

Le lendemain ils ont entendu une conférence de M. le Dr Justin Besançon, sur les maladies de la nutrition, et un banquet leur a été offert dans les salons de l'Hôtel du Parc par la Compagnie Fermière de Vichy, sous la présidence de M. Normand, directeur des services administratifs de la Compagnie Fermière.

Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le Dr Binet ; par les docteurs étrangers et par M. le professeur Villaret, qui prit le dernier la parole. Comme de coutume, son allocution improvisée fut pleine d'esprit, d'une belle tenue littéraire et en même temps d'une charmante simplicité.

Les membres de la caravane ont visité ensuite les installations thermales. Ils ont ainsi parcouru les differents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électroradiologie de l'établissement de première classe, aux installations les plus modernes et les plus perfectionnées qui ont produit sur eux une très forte impression, ainsi que le nouvel établissement « Callou ». Accompagnés par leurs confrères de Vichy, ils ont suivi les différentes sources de la station.

Les distingués visiteurs ont été conduits, également, aux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-État et au laboratoire de Recherches hydrologiques que dirige avec la plus haute compétence M. le Dr Lescœur. Ce laboratoire, placé sous le contrôle de l'Institut d'hydrologie et de climatologie du Collège de France, est destiné à permettre de plus en plus la spécialisation des indications de nos eaux thermales. M. le Dr Lescœur a mis les visiteurs au courant de ses différents travaux et recherches.

Pendant leur séjour, un thé leur a été offert au Sporting Club de Vichy. Ils ont été séduits par ce magnifique domaine qui, en ce délicieux après-midi printanier, présentait un aspect enchanteur. Le merveilleux ensemble sportif réalisé a recueilli tous leurs suffrages.

Les élèves du Cours de perfectionnement de M. le professeur Maurice Villaret ont manifesté à plusieurs reprises, au cours de leur visite, leur sincère admiration pour la remarquable organisation de cette station.

Associations des travailleuses sociales (Bourse de voyage Marguerite Bourget). — Cette bourse, dernièrement créée, est annuelle, d'une valeur de 3 000 francs, attribuée au concours pour la première fois au début de 1932.

Conditions à remplir :

NOUVELLES *(Suite)*

Être travailleuse sociale en activité depuis deux ans au minimum ;

Être adhérente cotisante de l'Association des travailleuses sociales ;

Justifier si possible de la connaissance d'une langue étrangère.

Envoyer, 26, boulevard de Vaugirard, avant le 31 octobre 1934, en 12 exemplaires dactylographiés, le travail mis au concours, à savoir :

Sujet du concours. — « Exposer les raisons qui engagent la « Travailleuse sociale à faire un voyage d'études à l'étranger.

« Donner le projet de ce voyage, la nomenclature des institutions à visiter, des personnalités susceptibles de faciliter l'introduction dans ces institutions, etc...

« Établir l'itinéraire, la durée du voyage, le devis dépenses. »

Les travaux sont anonymes : ils sont présentés munis d'une devise. Cette devise est reportée sur une enveloppe cachetée, contenant les nom, prénoms, adresse, fonctions de la candidate.

Association des travailleuses sociales (29, boulevard de Vaugirard, Paris-XVe). — Concours Anne Murray Dike. 1934. — Une médaille d'or : 3 000 francs ; deux mentions de chacune 1 000 francs.

Ce concours est ouvert à toute travailleuse sociale effectuant des visites à domicile depuis deux ans au minimum.

Les lauréates de la médaille d'or des précédents concours ne peuvent à nouveau être candidates qu'après un délai de cinq années.

Les travaux sont anonymes. Ils sont munis d'une devise. Les nom, prénoms, situation, adresse des auteurs des mémoires sont placés dans une enveloppe fermée portant comme suscription la devise.

Les mémoires, de 25 pages au maximum, sont adressés d'ici *le 15 novembre 1934, dernier délai*, en cinq exemplaires dactylographiés.

SUJET 1934. — Donnez des monographies de familles dont la situation matérielle et les conditions de vie ont été profondément altérées depuis quelques années. Quels moyens avez-vous employés pour les tirer d'embarras, étant entendu qu'elles ne sont pas bénéficiaires des lois d'assistance ? Quelle orientation avez-vous conseillée pour les enfants ? Quels résultats moraux et matériels avez-vous obtenus ?

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

24-31 JUILLET. — *Zurich.* Congrès international de radiologie.

25 JUILLET. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour les inscriptions du quatrième trimestre.

26 JUILLET. — *Utrecht.* Conférence de la Société internationale de pathologie géographique.

31 JUILLET. — *Angers.* Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Henri Gimoux (maladies cancéreuses) (Envoi au secrétariat de l'École de médecine d'Angers).

31 JUILLET. — *Clermont-Ferrand.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital-sanatorium Sabourin.

1er AOUT. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour les concours de médecin des hôpitaux militaires, de chirurgien des hôpitaux militaires, de pharmacien-chimiste du Service de santé militaire.

1er AOUT. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions des candidates au concours d'élèves infirmières à l'École d'infirmières de la Salpêtrière.

5 AU 18 AOUT. — *Saint-Moritz (Suisse).* Cours international de haute culture médicale de la fondation Tomarkin (secrétariat, via Marco Minghetti, 17, à Rome).

11 AOUT. — *Paris.* Faculté de médecine. Fermeture de la bibliothèque.

16 AOUT. — *Clermont-Ferrand.* Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

27 AOUT. — *Québec.* Congrès français de médecine.

2 SEPTEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 AU 5 SEPTEMBRE. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 SEPTEMBRE. — *Venise.* Congrès international d'électro-radio-biologie.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LE DIABÈTE
A POUGUES-LES-EAUX

POUGUES, station des gastro-hépatiques, est non moins favorable au traitement du diabète sucré.

En ce qui concerne cette dernière affection, une innovation précieuse vient d'être réalisée avec la création de la maison de cure et de régime

AZURA

Dans cette maison, blottie au milieu d'un de ces cadres de verdure qui sont la parure de Pougues, et qui est exclusivement réservée aux malades atteints de diabète sucré, il est fait une adaptation précise, à chaque pensionnaire, d'un régime varié et très étudié avec surveillance assurée.

Salle à manger munie de petites tables individuelles.

Insulinothérapie et analyses biologiques.

Les chambres et appartements, avec cabinet de toilette ou salle de bains, offrent tout le confort désirable.

Directeur médical : M. Rudolf (Maurice), ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. Tous les malades sont obligatoirement sous sa surveillance.

ART ET MÉDECINE

LE XII[e] SALON DES TUILERIES

Voici donc à nouveau, au *Néo-Parnasse*, boulevard Raspail, la XII[e] exposition de ce Salon baladeur fondé un jour de mauvaise humeur par des dissidents de la *Société Nationale des Beaux-Arts* en veine de coquetterie avec quelques princes de la peinture moderne. Les Tuileries, la Porte Maillot, Montparnasse lui offrirent, tour à tour, asile, mais c'est dans les baraquements lumineux de la Porte Maillot que les conjurés firent leurs plus belles expositions.

Ces baraques eurent tout au moins l'honneur d'entendre pour la dernière fois la voix tonitruante de l'un des plus grands sculpteurs français : Antoine Bourdelle.

Le *Salon des Tuileries* n'est du reste pas un Salon comme les autres Salons. Il n'a pas de jury, mais non plus il n'est ouvert au premier venu. C'est un Salon d'invités ; et comme ses dirigeants craignent avec juste raison de ne pouvoir s'entendre sur la qualité des œuvres à choisir, ils se sont divisés en deux camps qui font, chacun de leur côté, des invitations. Tendances artistiques du reste assez nettes au premier chef, mais qui ne vont pas sans un éclectisme permettant au groupe d'Aman-Jean d'inviter un peintre truculent de la veine de Paul Charlemagne et au groupe d'Othon Friesz d'accueillir en son secteur de charmantes dames faisant de la peinture au lieu de passer leur temps à s'occuper de layette ou de mots croisés.

* * *

Par une délicate pensée, l'une des petites salles les mieux placées au premier étage a été réservée aux rétrospectives de deux artistes décédés cette année : la charmante Vera Rockline qui mit si tragiquement fin à ses jours, et le vaillant Antoine Villard, qui restera, avec François Pompon, l'un des meilleurs artistes bourguignons de notre temps.

De nombreuses œuvres de la première permettent de juger le chemin qu'elle avait franchi en une dizaine d'années de labeur. Sa *Maternité*, sa *Ménagère aux légumes*, autant que ses *nus* aux chairs si tendrement nacrées attesteront un talent souple et une sensibilité retenue. Quant à Antoine Villard, représenté par cinq ou six tableaux au plus, il apparaîtra un chantre profond de son Mâconnais natal dont il sut rendre, mieux qu'un autre, le terroir âpre qu'assombrit un azur sali. Peinture triste d'un artiste joyeusement enthousiaste qui avait consacré la dernière partie de son existence entièrement à l'amour de l'art.

On trouvera encore, en place d'honneur d'une grande salle, un ensemble d'un autre disparu : F. Gottlieb, qui enveloppa d'une poésie poignante la plupart de ses tableaux.



Le secteur A s'honore de compter deux membres de l'Institut : MM. George Desvallières qui expose une simple *tête de Christ* d'une émouvante expression, et Albert Besnard qui donne un charmant *portrait de fillette*, d'une carnation bien délicate, et des *portraits* à l'huile et à l'aquarelle de *Domenge-Héritier*, inspecteur des monuments historiques, et *Georges Goyau*, de l'Académie française. Ce dernier portrait est d'une liberté extraordinaire et atteste une maîtrise rarement égalée.



Piqûre, de René Besserve (fig. 1).

Près d'eux, M. Aman-Jean donne une bien jolie étude d'*amazone* enveloppée d'un poudroiement violet ; M. Jacques-Émile Blanche, un souple *portrait de James Joyce* et des *courses de chevaux* mouvementées à souhait ; M. Henri Morisset, une bonne *plage de Dieppe* ; M. X. Prinet, une *Fuite devant l'orage* dont le ciel est remarquable de vérité ; enfin M. Paul Alex Deschmacker, associant la pâte mordorée et onctueuse à l'ordonnance florentine, expose quelques compositions de la plus heureuse veine. Ses deux nus sont d'un style qui honore leur auteur. On trouvera encore dans les environs le joli *nu penché sur l'étang* de M. Grégory Gluckmann, l'étude de *femmes à une*

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

Composition de Paul-Alex Deschmacker (fig. 2).



Portrait du biologiste Cépède, par Yves Bonnat (fig. 3).

sortie de bal et enfin le *nu debout* de cet artiste dont le talent est à la fois classique et moderne et dont la pâte a des qualités d'émail.

Quelques gravures et dessins, dont de très belles œuvres de MM. Jean de Botton, Laboureur, Guastalla, Gandon, nous conduisent aux maîtres du secteur B.

Voici dans une petite salle que d'aucuns ont baptisée « la Crèche » le grand *nu en marche* de M. Othon Friesz (appartenant au Dr A.). Œuvre d'une belle allure et d'une grande expression, c'est une des toiles capitales du Salon. A ses côtés, deux truculents paysages et une *nature morte.* Dans la même salle, en vis-à-vis, un *jeune homme nu au repos* de M. Henry de Waroquier et des *paysages de Paris et de La Rochelle.* M. de Waroquier abandonne la sécheresse qui marquait ses œuvres d'antan et s'exprime avec une liberté que depuis longtemps on lui désirait voir prendre. Egalement *fleurs* et *paysages* de Coubine qui est un tendre et de Ceria qui poétise ses moindres œuvres et situe ses paysages avec une justesse


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF, SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre Clonazone Daufresne
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

Nature morte à la raie, par Mme Solange Schaal (fig. 4).

Vieux chêne en forêt, par Jean Peské (fig. 5).

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

extrêmement rare dans leur atmosphère. Voici un peu plus loin le grand *nu couché* de Lebasque, d'une délicatesse heureuse et nuancée, le *bouquet de fleurs* et la *nature morte au poisson coupé* de Georges Darel, d'un saisissant réalisme, le beau *paysage* de Jacquemot, si méticuleusement observé, le vigoureux *paysage provençal* de Maurice Savreux, le *bain de soleil* d'André Lhote, le luxuriant envoi de François Quelvée, les paysages solides de L.-R. Antral et sa *nature morte à la cruche*, la *neige* de Du Marboré dont le talent s'épanouit dans un éclatant *bouquet de fleurs*.

Sans doute aimera-t-on le *paysage corse* de Strauss, construit sérieusement et dont les ifs sont bien décoratifs, les *paysages* rutilants de Jean Peské qui laisse chanter, sous son pinceau, frénétiquement la couleur, le *nu au coquillage* de Gernez, luministe précieux, le *gosse espagnol* de Kars et les œuvres de Pierre Bompard, peintes sans souci de la mode. Je signalerai encore dans cette section les œuvres de Billette, Hayden, Clairet-Mouillac, Jane de Heckeren, Henriette Pillon, Païlès et Brabo ainsi que la *gitane* de Valdo-Barbey, les *fleurs* délicates d'Hélène Marre, la *composition* et le *portrait* de femme de Jean de Botton, un tantinet acide, le *nu couché* de Julie Mézerowa, enlevé fougueusement, comme une esquisse, le bel envoi de Durey, le plastique *nu* de Capon, la *danseuse de cancan* de Térechkovich, la *marine* de Tcherniawsky dont la pâte triturée est bien lourde, les *paysages* reposants de Pierre Ladureau.

La jeune Ondine Magnard fait preuve de force, son talent est beaucoup plus viril que celui de bien des peintres du sexe fort ; Mme Andrée Joubert poétise les jolies *fleurs des champs* qu'elle brosse, Mme Solange Schaal prouve son talent robuste avec une *nature morte à la raie*, Mme Camax-Zœgger donne un *paysage forestier* brossé largement, Mme Tamara de Lempicka un amusant *portrait de Mlle Poum-Rachou*.

Une salle est consacrée aux survivants du cubisme. On y verra côte à côte avec de grandes œuvres abstraites Albert Gleizes, Delaunay et Sonia Delaunay, Jacques Villon et quelques plus jeunes : Lepage, Poderva, Basset.

Il faut de-ci de-là glaner encore quelques œuvres, les *paysages* volontairement simplifiés de François Desnoyers, le *portrait du biologiste Cépède*, et le *petit déjeuner* d'Yves Bonnat, jeune peintre dont on parlera, la dynamique *mêlée de foot-ball* de Roger Worms, la vibrante *femme à l'écharpe écossaise* de Paul Charlemagne, les *paysages* d'Emile-Marcel David, si lumineux dans leur papillotement prismatique, le *quartier-maître* de Pierre Peltier peint sobrement, œuvre

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

sévère que l'on devrait analyser, les *roses* délicates de Le Molt, l'*Algérienne* de Pierre Hambourg, la *chambre de bonne* de Suzanne Lalique tendrement précisée, les *marins* d'Ortéga, les *Mauresques* de Jacques Wolf, les *arums* de Pierre Vandières, la *Suzanne maquillée* et le *petit modèle*, si scrupuleusement observés par Antoine de Sypiorski ; le souple *paysage d'Ile-de-France* d'Albert Sardin, les *Baléares* colorées de Berjole, les denses *forêts* de Jehan Berjonneau, le clair *paysage provençal* de Lucie Caradek, l'amusante *Piqûre* de René Besserve, qui fait preuve d'humour aux dépens de nos confrères ; les *tricoteuses au jardin* de René Fontayne, dont la matière est belle ; le *polo* de Joseph Gilardoni, aux chevaux bien vivants ; le *vieux château* de Fernand Trochain ; l'*Arrivée de la « Croix du Sud »*, aéro-peinture de Mme Louise Pascalis ; les *lumineux paysages* de Cavaillon, la *fontaine andalouse* d'Aujame, le *paysage aux maisons* titubantes de Georges Ascher, et tant d'autres œuvres qu'on aimerait pouvoir citer.

***

J'ai déjà dit que la section de sculpture du *Salon des Tuileries* était une des plus représentatives de la sculpture française contemporaine. Elle s'honore de compter parmi ses membres un sculpteur tel que Despiau qui expose un *buste de Landaise* de la plus noble qualité et de la plus fine sensibilité.

On y trouvera également d'autres excellents bustes d'une vie intense, signés par MM. Robert Wlérick, P.-M. Poisson, Cornet, Perlès, Coubine, Saupique, Arnold, Lamourdedieu, Raymond-Martin qui tous ont bien du talent. Peu de statues, sinon la lourde *femme assise* de Drivier, dont les volumes sont pleins à souhait et qui gagnera lorsqu'elle sera placée dans la verdure d'un square, la *statue pour un jardin* de Pryas, œuvre assez gracieuse, la *Maturité* de Popineau, harmonieuse, *la jeune mère* de Georges Chauvel, sculpture un peu décorative, mais d'un joli mouvement, la *femme au chien*, d'Elisée Cavaillon, ramassée sur elle-même, œuvre dense et sérieuse ; le *nu* de Jan Vlach largement naturaliste ; les réalistes *statuettes* bourguignonnes de Pierre Vigoureux ; *l'adolescent* de Dejean, d'une ligne ferme, mais taillé dans une matière désagréable de couleur ; la *femme accroupie* de F. Sébir, le *nu* d'Albert Pommier, enfin le *monument à l'amiral-compositeur Jean Gras* par Raymond Delamarre, œuvre

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

sans grande personnalité, mais non sans mérite sculptural.

Ce Salon compte encore quelques bons animaliers : Auricoste avec un *chien* plein de vie et presque de pensée ; Abbal avec un *grand-duc*, stylisé avec soin et taillé dans le grès jaune ; Leroy-Hersent avec un *chat* ; Vuilleunier avec un *Hamadryas*, Lemar avec une *biche* délicate en arrêt et un peu raidie sur ses pattes de devant, sans compter quelques suiveurs de Pompon, plus ou moins doués et plus ou moins adroits.

Decœur, avec un admirable ensemble de grès de grand feu et Jean Desprès, avec des bijoux, sont à peu près les seuls représentants de l'art décoratif, comme Charles-Alexandre Villandre représente aux *Tuileries* l'art des graveurs médaillistes.

Georges TURPIN.

REVUE DES REVUES

Actions des eaux sulfatées calciques réflexes des variations de pression au niveau du sinus carotidien (MM. D. SANTENOISE, C. FRANCK, L. MERKLEN et M. VIDACOVITCH, note à l'Académie de médecine, présentée par M. A. DESGREZ. *Travail du Laboratoire d'Hydrologie expérimentale de Vittel, séance du 17 janvier 1933*).

Les auteurs, qui avaient déjà établi, au cours d'expériences effectuées sur le chien chloralosé, que l'ingestion d'eau sulfatée calcique augmentait les réactions réflexes du nerf de Héring, ont démontré en outre que les eaux sulfatées calciques exerçaient une action importante sur la régulation de la pression artérielle.

Les effets expérimentaux les plus nets et les plus intenses ont été obtenus avec l'eau de Vittel Hépar, fraîchement prise au griffon ; à doses égales, l'eau de Vittel Grande Source a des effets un peu moins marqués. Ils n'ont jamais observé des résultats analogues après ingestion d'eau distillée.

En résumé, les eaux sulfatées calciques du type Vittel Source Hépar et Vittel Grande Source augmentent l'efficacité des réflexes dépresseurs. Ainsi se trouve démontrée leur action sur certains mécanismes régulateurs de la pression artérielle et expliquée leur activité thérapeutique dans certains états d'hypertension sanguine.

Les cures sulfatées calciques renforcent donc, par un mécanisme bien précisé et nettement physiologique, la défense de l'organisme contre les poussées d'hypertension.

Comme conséquence de ces travaux, les eaux sulfatées calciques apparaissent comme les eaux de régime, par excellence, des hypertendus.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

INAUGURATION DU MONUMENT DU Dr ROUX A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

La Société de Pédiatrie avait conçu le projet, il y a quelques mois, d'élever un monument à la mémoire du Dr Roux, pour commémorer la découverte et la mise en œuvre de la sérothérapie antidiphtérique. Cette idée a reçu une rapide exécution, et un médaillon reproduisant fidèlement les traits du savant disparu, œuvre du sculpteur Roché, est maintenant érigé sous la voûte du bâtiment principal de l'hôpital des Enfants-Malades, près du lieu où Roux tenta ses premiers essais cliniques.

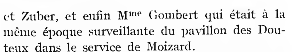
L'inauguration de ce monument eut lieu le



Photo Julien Huber

Le bas relief à la mémoire de M. Roux à l'hôpital des Enfants-Malades. M. Louis Martin prononçant son discours.

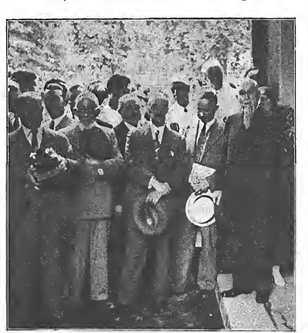
mardi 10 juillet, à l'issue d'une séance du VIIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie, en présence d'une nombreuse assistance dans laquelle on pouvait remarquer le bureau de l'Académie de médecine avec MM. Siredey, Jules Renault et Achard. les professeurs Martin et Ramon de l'Institut Pasteur, les professeurs Marfan, Carnot, Léon Bernard, Ombrédanne, Nobécourt, Villaret, Lereboullet et Debré, Mouriquand (de Lyon), Cruchet (de Bordeaux), Leenhardt (de Montpellier), Rohmer (de Strasbourg), le Dr Guillemot, président de la Société de pédiatrie, les chefs de service de l'hôpital, les médecins généraux Cadiot, Dopter et Rouvillois, quelques-uns des internes qui assistèrent aux premières recherches de Roux, parmi lesquels MM. J. Hallé


et Zuber, et enfin Mme Gombert qui était à la même époque surveillante du pavillon des Douteux dans le service de Moizard.

Le monument était entouré de délégations d'infirmières de l'Assistance publique, de l'école des Assistantes d'hygiène scolaire et du service social.

M. Guillemot prit le premier la parole pour exprimer les regrets du ministre de la Santé publique et du directeur général de l'administration de l'Assistance publique qui n'avaient pu assister à la cérémonie et s'étaient fait représenter. Il confia ensuite le monument à la garde de l'Administration.

M. Marfan, dans un discours au cours duquel il



De droite à gauche Pr Marfan, médecin-général, inspecteur Rouvillois, M. le médecin-général-inspecteur Dopter, Pr Carnot, Pr Trillat, au 2e rang, Dr Pichon, Dr Armand-Delille.

ne parvint pas toujours à maîtriser son émotion, montra l'importance de l'œuvre de Roux. Il rappela l'enthousiasme que suscita chez les internes des Enfants-Malades la guérison successive de sept croups trachéotomisés en une semaine sous l'influence de la sérothérapie ; depuis cette date, le sérum a continué de prouver son efficacité et ne mérite nullement les critiques récentes dont il a été l'objet. Aucune thérapeutique n'est véritablement souveraine, et la meilleure preuve de l'efficacité de la sérothérapie est que la liste des internes de l'hôpital des Enfants-Malades morts victimes de la diphtérie a cessé de s'allonger depuis la découverte de Roux.

Après lui, M. Martin remercie la Société de pédiatrie d'avoir associé l'Institut Pasteur à

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

l'hommage rendu à Roux. Il ne fait pas un nouvel éloge du savant, mais essaie de faire revivre le Patron, tel qu'il l'a connu durant les nombreuses années de travail en commun. Il évoque la longue suite des travaux qui s'échelonnent de 1887 à la communication de Budapest qui souleva l'enthousiasme du monde entier. Leur ensemble forme une suite logique dont les principaux jalons sont représentés par la découverte de la toxine diphtérique, la possibilité de la produire en grande abondance, la possibilité d'immuniser contre la diphtérie des animaux de grande taille. L'aboutissant fut l'application à la clinique humaine de la sérothérapie au mois de février 1894, alors que la méthode était au point depuis six mois déjà. Mais il importait de commencer l'expérimentation en hiver, au moment de la plus grande gravité de la diphtérie, pour se mettre dans les conditions les plus défavorables et mieux affirmer l'efficacité de la méthode.

Des applaudissements nourris saluèrent la péroraison de ce discours, dans laquelle M. Martin exprima encore une fois toute la gratitude qu'il devait à Roux auquel il a dû le succès de sa carrière scientifique. Il termina enfin en adressant un appel aux jeunes pour les attirer vers la recherche scientifique trop négligée actuellement à son gré.

Jacques ODINET.

NÉCROLOGIE

LOUIS DE LOTBINIÈRE HARWOOD

Nos amis canadiens sont cruellement éprouvés. Il y a quelques mois, la Faculté de médecine de Québec était en deuil et la mort prématurée de son doyen A. Rousseau nous attristait tous. Et voici que la Faculté de Montréal est, elle aussi, durement atteinte par la disparition de son doyen, le professeur Louis de Lotbinière Harwood, dont tous ceux qui ont franchi l'Océan connaissaient les qualités de charme et d'action.

Sa famille se rattachait à la vieille noblesse française et il avait parmi ses ascendants un René Chartier de Lotbinière, médecin éminent et savant érudit, apprécié du roi Louis XIII et de Richelieu, qui fut persécuté par Gui Patin parce qu'il défendait l'antimoine. Et par ce René Chartier, le doyen de Montréal se rattachait au vieux poète Alain Chartier.

Les deux fils de René Chartier de Lotbinière vinrent au Canada. Le descendant de l'un d'eux, Alain Chartier de Lotbinière, n'eut que trois filles; l'aînée épousa en 1823 le colonel R.-V. Harwood. De ce mariage naquit un fils, le père de Louis de Lotbinière Harwood. Cette double ascendance française et anglaise explique quelques-unes des qualités que tous ses amis de Canada et de France ont notées en lui : « la clarté, la mesure, l'élégance française, l'amour du sol, l'ambition, la ténacité anglaise ». Grâce à ces qualités, le charmeur qu'il était sut déployer une activité considérable pour réorganiser la Faculté de médecine, reconstruire l'hôpital Notre-Dame et participer activement à la direction de l'Université de Montréal. Pendant seize ans, de 1918 à sa mort, il dirigea comme doyen la Faculté de médecine. A ce titre, soit au Canada, soit en France (où il s'était, près de Pozzi, formé à la gynécologie et où il était revenu souvent), il a approché nombre d'entre nous ; ceux-ci ont vu l'homme qu'il était et comment il comprenait l'amitié du Canada et de la France.

Ce n'est pas ici que je puis énumérer toutes les heureuses réformes que lui doit la Faculté de Montréal, mais je dois rappeler la part prépondérante qu'il eut dans la fondation de l'Institut scientifique franco-canadien, permettant aux savants français de venir donner au Canada des séries de leçons et faire connaître l'évolution de la science médicale de notre pays ; il allait plus loin et aimait à faire appel, pour occuper certaines chaires à Montréal, à des médecins français ou belges qui ont assuré dans la Faculté canadienne un enseignement d'élite. Il était aussi de ceux qui, si volontiers, provoquaient la venue au Canada, à l'occasion des congrès médicaux, de missions composées de plusieurs de nos collègues auxquels il savait réserver l'accueil le plus cordial. Tous ceux qui ont été reçus par lui (et par ses vieux amis Dubé, Le Sage, Damien Masson) à l'hôpital Notre-Dame qu'il avait si bien modernisé, qui ont eu le privilège de connaître l'agréable demeure de Vaudreuil où Mme Harwood le secondait avec une si parfaite bonne grâce, se rappellent avec une gratitude émue ce qu'est l'amitié canadienne.

Et ils pensent aujourd'hui à la tristesse de ce foyer, dont brusquement, le 15 mai dernier, le chef a été frappé, après toute une carrière consacrée au service de la médecine canadienne. Ils savent tout ce que Louis de Lotbinière Harwood a fait pour resserrer les liens qui rattachent les Canadiens à la France, au « vieux pays ».

Ils se rappellent qu'à juste titre, il avait été fait officier de la Légion d'honneur et nommé membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris. Ils pensent à la joie que, vice-président de l'Association française des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, il aurait eue à accueillir tous ceux qui, dans quelques semaines, vont venir participer au Congrès de Québec. Avec leurs amis canadiens ils sont émus de cette mort soudaine et de tout cœur s'associent au deuil de la Faculté de Montréal.

P. LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1934.

Le mirage du pain blanc : le vrai pain doit être bis. — M. MEILLÈRE. — Le pain blanc est un aliment déséquilibré où domine l'amidon.

Le vrai pain équilibré doit contenir non seulement de l'amidon, mais aussi de la matière azotée, des huiles, des sels minéraux, des vitamines et des ferments digestifs qui préparent la digestion.

Ce pain équilibré est bis. La couleur bise est la signature de sa qualité.

Le grain de blé contient une ration alimentaire à peu près complète, et bien proportionnée. Mais il n'est pas homogène. Si on ne fait pas entrer la totalité de ses couches (exception faite au son), on fait un pain déséquilibré amidonneux insuffisant et dangereux.

La mauvaise mode du pain blanc doit être combattue.

Pour réhabiliter le vieux pain bis de France, les pouvoirs publics doivent le faire consommer aux armées de terre et de mer, dans les collèges et dans les hôpitaux. Ses bons effets se feront sentir immédiatement, dans la croissance des jeunes et le parfait entretien des adultes.

L'Académie, à l'unanimité, adopte le vœu formé par M. Meillère.

A propos du dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire dans l'armée, — MM. ROUVILLOIS, CRISTAU et LIÉGEOIS apportent les résultats d'examens radioscopiques systématiques pratiqués dans l'armée chez les jeunes soldats à leur arrivée au corps. La généralisation de ce moyen d'investigation, réservé jusqu'ici aux sujets reconnus suspects à la visite d'incorporation, est susceptible d'apporter une importante contribution au dépistage de la tuberculose pulmonaire dans l'armée.

Les essais de ce genre pratiqués antérieurement par le médecin général Rieux et le médecin commandant Sieur s'étaient heurtés à des difficultés d'ordre matériel et technique. Depuis lors, les progrès de l'appareillage et l'expérience acquise ont permis de reprendre cette enquête. Les essais actuels ont été conduits suivant une progression très prudente intéressant des effectifs de plus en plus importants pour s'étendre en dernier lieu à toutes les régions militaires de la Métropole. Les règles techniques de la méthode, l'appareillage et les conditions matérielles d'exécution ont été progressivement mises au point en profitant des expériences acquises au cours des essais précédents.

Les résultats obtenus à ce jour confirment l'intérêt que représente la mise en œuvre d'un tel moyen d'investigation. Sur un total de 115 150 recrues examinées, 1 093 éliminations ont été prononcées pour réformes définitives ou temporaires représentant une moyenne de 9,4 p 1 000, parmi lesquelles figurent 143 tuberculoses ouvertes. Ces constatations sont d'autant plus intéressantes qu'elles se rapportent à des recrues déjà sélectionnées pour la plupart par la visite d'incorporation. D'une façon générale, le nombre de cas de tuberculose, dont le dépistage peut être mis à l'actif de l'examen radioscopique systématique, représente le tiers environ des cas dépistés à l'incorporation.

Il ressort donc des constatations ci-dessus que, sous réserve d'être soumis à des règles très strictes, l'examen radiologique apporte une contribution très sérieuse au dépistage précoce de la tuberculose du contingent, et cela suffirait à en justifier sa généralisation.

L'examen radioscopique n'est qu'un des éléments de dépistage, il est accompagné dans tous les cas d'un examen radiographique, sans négliger un examen clinique complet.

Discussion. — M. SERGENT remercie M. Rouvillois de sa « bienfaisante » communication, et il l'approuve pleinement.

Le dépistage nécessite la mise en œuvre de tous les moyens d'exploration dont dispose la clinique. Il a une importance primordiale, tant au point de vue de l'individu que de la collectivité.

Il est à souhaiter que les mesures préconisées par M. Rouvillois soient appliquées non seulement dans l'armée, mais dans toutes les collectivités, lycées, collèges, etc... M. Sergent précise l'importance de la radioscopie complétée par la radiographie. Il souligne encore l'importance de l'examen clinique complet.

M. BEZANÇON, après avoir rappelé que la radiologie, si intéressante qu'elle soit, ne doit pas faire oublier la clinique et la recherche des antécédents familiaux, se déclare d'accord avec M. Rouvillois.

M. BÉCLÈRE fait remarquer que, dans le dépistage, il y a lieu de distinguer les formes de tuberculose en activité et les lésions anciennes guéries.

M. ROUVILLOIS remercie ses collègues de l'intérêt avec lequel ils l'ont écouté. Pour répondre à M. Bezançon, il précise que, dans tous les cas, l'examen radioscopique est précédé de la visite d'incorporation qui comporte un examen très complet de toutes les recrues. En particulier, il est fait un relevé détaillé des antécédents qui restent notés sur le livret médical de chaque homme et sur le registre d'incorporation.

Il est également procédé à un examen clinique très complet. Tous les sujets suspects sont l'objet d'un examen clinique et radiologique particulier.

Rôle des nerfs dans la sécrétion de l'intestin grêle. Phénomènes observés à la suite de l'excitation des nerfs grands splanchniques. — MM. H. ROUVIÈRE et VALETTE. — Dans deux précédentes communications, MM. Rouvière et Valette ont montré que l'énervation d'un segment d'intestin ne modifie pas la quantité d'érepsine sécrétée et que l'excitation des pneumogastriques diminue la production du ferment peptidolytique. Les nombreuses expériences qu'ils viennent de faire démontrent que, au contraire, l'excitation des grands splanchniques augmente la sécrétion de ce même ferment.

De l'ensemble de leurs recherches, ils peuvent donc déduire les conclusions principales suivantes :

La proportion d'érepsine sécrétée au niveau d'un segment intestinal n'est pas modifiée à la suite de la section des filets nerveux aboutissant à ce segment. Cela tient à ce que ces filets nerveux apportent à la muqueuse intestinale deux excitations de sens opposés.

En effet, les pneumogastriques exercent une action inhibitrice sur la production de l'érepsine. Les grands splanchniques excitent, au contraire, la sécrétion de ce ferment.

Il existe donc, en ce qui concerne la sécrétion intestinale, un antagonisme fonctionnel entre les systèmes orthosympathique et parasympathique.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Le sérum d'anciens malades. — M. NETTER apporte une note de MM. BORREL et LOEVENBERG sur l'activité du centre de récolte de sérum d'anciens malades à Strasbourg. Ils ont pu constituer au début de mai 1934 un stock de 5 090 C. C. de sérum de convalescents de poliomyélite. Ce stock a été réparti en ampoules de 15 C. C. Le sérum provient de toutes les parties du territoire. Chez certains donneurs, on a fait des prélèvements répétés ,6 11, 18 et même 21 fois.

MM. Borrel et Loevenberg ont également une provision de 1 405 cc. et 2 150 cc. de sérum de convalescents de rougeole et de scarlatine.

Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin. Contamination par syphilomes et par ganglions syphilisés, — MM, BESSEMANS et DE POTTER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 13 *juillet* 1934.

Etude bactériologique et expérimentale d'un cas de typho-bacillose. — M. FAURE-BEAULIEU et Mlle C. BRUN exposent le résultat de recherches de laboratoire entreprises dans un cas de typho-bacillose survenu chez un homme de trente et un ans, fils de tuberculeux. Cliniquement, ce malade présentait un syndrome de typhoïde qui guérit en un mois ; deux ans après, il était en bonne santé. Le séro-diagnostic au T.A.B. était resté négatif ainsi que l'hémoculture.

Par contre, le sang prélevé le douzième jour et ensemencé en milieu de Löwenstein a donné naissance, au bout de huit jours, à une culture constituée par de fines colonnes blanchâtres, formées d'éléments granulaires semblables à ceux décrits par Fontès et Vaudremer, et retrouvé par les auteurs, dans la lymphogranulomatose maligne ; ces éléments représentent le stade jeune, granulaire du virus tuberculeux : en effet, les bacilles acido-résistants n'ont pas tardé à apparaître, mais ils ont été ıugaces comme les bacilles issus de l'ultra-virus.

De plus, des inoculations ont permis de suivre *in vivo* l'évolution progressive des germes granulaires vers la forme bacillaire typique atteinte au quatrième passage.

Les auteurs concluent que la typho-bacillose leur a ainsi fourni un nouvel argument en faveur de l'importance du rôle joué par les formes jeunes, granulaires, du virus tuberculeux, dans la genèse des tuberculoses atypiques.

Méningite aiguë primitive à bacilles de Pfeiffer. — MM. ED.·BENHAMOU, HUCK et JAHIER (d'Alger) rapportent une observation de méningite aiguë primitive à bacilles de Pfeiffer chez un enfant de quatre ans. Ils soulignent les difficultés du diagnostic bactériologique en rappelant le polymorphisme des éléments microbiens à l'examen direct et la nécessité de cultiver systématiquement sur milieu au sang, sur gélose à l'extrait globulaire de Legroux, tout liquide céphalo-rachidien à pléiocytose élevée, à polynucléose prédominante, même si le liquide est en apparence amicrobien. La bactériothérapie instituée tardivement à l'aide d'un auto-vaccin resta sans effets. Les auteurs font remarquer avec Hallé qu'il serait souhaitable que les praticiens eussent à leur disposition un vaccin spécifique en attendant la préparation de l'auto-vaccin. Ils émettent le vœu que soit préparé en France, comme cela a été déjà fait en Amérique, un sérum anti-Pfeiffer dans l'espoir de lutter plus efficacement contre cette méningite primitive, le plus souvent mortelle chez le jeune enfant, et qui n'est pas très rare, en dehors de toute épidémie de grippe.

Deux complications nerveuses survenues au cours de la rougeole, chez des adultes. — MM. DE LAVERGNE et H. ACCOYER rapportent d'abord un cas de méningite morbilleuse ; le liquide céphalo-rachidien, puriforme, présentait une polynucléose absolue, et il y avait aglycorachie ; l'évolution se fit rapidement vers la guérison complète.

Leur deuxième observation, ayant trait à une méningo-encéphalo-myélite morbilleuse, se caractérisait par une atteinte marquée de la voie motrice périphérique et, en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, par d'intéressantes modifications du benjoin colloïdal.

Une toxicomanie nouvelle : la dilandidomanie. — M. P. SAINTON attire l'attention sur les dangers que peut présenter l'emploi de dilandide. Ce dérivé, obtenu par hydrogénation catalytique de la morphinone, fut préconisé dans les pays de langue germanique comme sédatif de la douleur et de la toux, en ampoules, en suppositoires, en comprimés, à doses cinq fois plus faibles que la morphine ; il fut vanté en 1931 comme ne donnant pas lieu à l'accoutumance. L'observation rapportée montre qu'il n'en est rien et que le dilandide a les mêmes inconvénients que la morphine, qu'il provoque un état d'euphorie et de besoin tout à fait comparable à celui provoqué par celle-ci et l'héroïne ; qu'il est fort difficile d'obtenir des malades sa suppression. D'ailleurs la pharmacopée allemande signale en 1932 que cette substance peut provoquer l'accoutumance. Il y a eu d'être mis en garde contre cette médication.

Dilatation œsophagienne simulant une tumeur du médiastin. — M. V. HINAULT présente l'observation et les radiographies d'une malade atteinte d'une grande dilatation de l'œsophage qui avait pu en imposer pour une tumeur du médiastin, tant l'opacité de cette image était importante.

A cette occasion il insiste sur le fait que les troubles fonctionnels habituels à cette affection attirant l'attention sur les voies digestives, les malades sont généralement examinés d'emblée après ingestion de bouillie opaque, ce qui est peut-être la raison pour laquelle le mégaœsophage est rarement considéré sous l'angle des tumeurs médiastinales.

L'auteur rappelle combien sont importantes dans l'examen du médiastin les investigations complémentaires : pneumothorax-diagnostic, bronchographie lipiodolée, ingestion de bouillie opaque, pleuroscopie.

M. AMEUILLE insiste sur l'intérêt dans le diagnostic des tumeurs médiastinales de l'injection d'oxygène dans les plèvres et de l'introduction de liquides opaques dans les viscères creux.

Hypertension artérielle avec hyperprotidémie et hyperchlorémie plasmatique. Influence des régimes déchloruré et déprotéiné. — MM. JACQUES DECOURT, M. AUDRY et R. LESOURD rapportent l'observation d'une femme atteinte d'hypertension artérielle avec hyperprotidémie

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

et hyperchlorémie, cette dernière paraissant indépendante de tout trouble de la fonction rénale.

Sous l'influence du régime déchloruré, la tension artérielle s'abaisse progressivement de 23-15 à 16-10 en même temps que l'hyperprotidémie et la chlorémie s'exagèrent. La rechloruration produit les phénomènes inverses et notamment un retour de la tension artérielle à son chiffre initial.

Le régime déprotéiné provoque un nouvel abaissement de la tension artérielle, moins rapide et moins important que précédemment, mais plus durable. En même temps, le taux des protéines sanguines revient à la normale, tandis que la chlorémie subit la même élévation que sous l'influence du régime déchloruré.

Cette observation confirme le rôle, encore discuté, de la rétention chlorée dans la physiopathologie de certains cas d'hypertension artérielle et laisse penser que ce rôle peut s'exercer en dehors de toute altération rénale. Elle montre d'autre part l'intérêt que l'on doit porter, dans de tels cas, à l'étude du métabolisme protidique.

La thyroxine dans le traitement de l'hypercholestérolémie des affections artérielles. — MM. C. LIAN et G. KOVATCHEFF ont observé la diminution constante du cholestérol sangion chez les artéritiques par la seule prescription de la thyroxine par la voie digestive sans aucune restriction alimentaire. La dose utile est un milligramme par jour (2 comprimés) : cure initiale de deux à quatre semaines, poursuivie par une cure d'entretien (2 comprimés par jour, deux à quatre jours par semaine).

Cette médication est bien supportée. Son importante action est renforcée et prolongée par les autres prescriptions diététiques, médicamenteuses et hydrominérales.

M. DECOURT, dans deux cas d'hypertension avec hypercholestérinémie, a constaté que l'extrait thyroïdien produisait un abaissement de l'hypercholestérinémie, de l'hyperprotéinémie et de l'hyperchlorémie.

Les dangers de la transfusion chez certains malades porteurs d'une splénomégalie chronique. — MM. ETIENNE CHABROL, MARCEL CACHIN et SIGUIER rapportent trois cas de mort consécutifs à la transfusion sanguine, intéressant des malades atteints d'ictère chronique hémolytique congénital, et de cirrhose hypertrophique du foie. avec ou sans ascite. Tout en soulignant cette coïncidence, ils se gardent de faire le procès de la transfusion chez les sujets porteurs d'une splénomégalie. Cette intervention ne doit jamais être tentée sans réserve lorsqu'on est en présence de profondes adultérations organiques.

M. FLANDIN ne croit pas qu'on puisse, dans ces cas, incriminer la splénomégalie. Dans le premier cas, il mettrait plutôt en cause l'ictère hémolytique et dans les deux autres les lésions hépatiques.

M. FIESSINGER croit que, dans de tels cas, la transfusion doit être très prudente ; mais elle n'est pas contre-indiquée dans toutes les splénomégalies chroniques.

M. TZANCK a transfusé un grand nombre de splénomégaliques sans inconvénient, mais dans un cas, il a observé de violentes douleurs spléniques après chaque transfusion.

M. CHABROL remarque que dans l'ictère hémolytique congénital, le sang ne contient pas d'hémolysines. D'ailleurs, le sérum du malade n'hémolysait pas les globules rouges.

A propos d'un cas d'intolérance au sous-nitrate de bismuth. — M. HENRI-PIERRE KLOTZ. — L'intérêt de cette observation réside dans la constatation d'accidents assez importants (céphalée, pharyngite, ictère) après l'administration de doses habituelles de sous-nitrate de bismuth. Ainsi, si la prudence en matière de thérapeutique met à l'abri d'accidents d'intoxication qui apparaîtraient identiques chez tous les malades pour une certaine dose, elle ne permet pas d'éviter à coup sûr les accidents d'intolérance qui sont, eux, très polymorphes, variables suivant l'idiosyncrasie individuelle.

A propos de la radiothérapie des infections et suppurations locales. — M. R. WEISSMANN-NETTER a observé des cas d'anthrax, d'abcès du sein, d'hydrosadénite, etc., dans lesquels la radiothérapie a exercé une action nettement favorable.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Seance du 30 juin 1934.

A propos du troisième bruit du cœur. — MM. A. CLERC, B. ZADOC-KAHN et TAVECCHI, enregistrant des bruits cardiaques chez 33 sujets normaux d'âges variés, ont constaté presque régulièrement, la présence d'un soulèvement plus ou moins accentué, se marquant de 12 à 15 centièmes de seconde après les oscillations correspondant au second bruit, c'est-à-dire précisément au moment où se marque le troisième bruit ; chez aucun des individus considérés, l'auscultation ne faisait entendre le son surajouté. Il semble donc qu'il s'agisse d'un même ébranlement protodiastolique, existant à l'état normal et qui, selon les conditions, tantôt est décelable à l'oreille et tantôt reste au-dessous des limites de l'audition.

Action du venin de Vipera aspis sur la circulation. — MM. J. GAUTRELET, N. HALPERN et E. CORTEGGIANI. — La chute de pression produite par l'injection intraveineuse de 1/20 à 1/40 de milligramme de venin de *Vipera aspis* s'accompagne chez le chien d'une vasodilatation périphérique et intestinale, d'une constriction splénique et rénale et d'un accroissement de la viscosité sanguine avec hyperglobulie.

Action de certaines essences sur la tension artérielle. — MM. A. CLERC, J. STERNE et R. PARIS ont étudié spécialement certaines essences et leurs dérivés. Parmi ces derniers, les alcools se sont montrés particulièrement actifs. C'est ainsi que le linalol, le géranol et le citrouellol injectés dans les veines du chien abaissent la tension artérielle, la tension superficielle du sang complet et raccourcissent notablement le temps de coagulation. Les trois corps se rapprochent donc nettement à ce point de vue de l'octanol.

F. P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 avril 1934.

Gliome kystique du cervelet chez une petite fille de cinq ans. Opération. Guérison. Considérations physio-pathologiques et histologiques. — MM. ALAJOUANINE, DE MARTEL, CH. OBERLING et J. GUILLAUME présentent une petite fille de cinq ans, qui a subi, il y a dix mois, l'ablation d'un volumineux astrocytome kystique du cervelet.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Les céphalées, les symptômes cérébello-vestibulaires n'étaient apparus que six mois avant l'opération ; mais, depuis l'âge de dix-huit mois, cet enfant présentait des troubles digestifs, en particulier des vomissements périodiques.

Malgré son jeune âge, cet enfant supporta parfaitement bien l'opération.

Actuellement, son activité est normale et, indépendamment d'une très légère hypotonie statique et segmentaire droite, l'examen neurologique est entièrement négatif.

Les auteurs insistent plus spécialement sur la valeur séméiologique du syndrome digestif déterminé par les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, sur les modalités de régression des divers éléments du syndrome cérébello-vestibulaire dans les cas de gliomes kystiques du cervelet qu'ils ont suivis après les interventions, enfin sur la nature de la tumeur de cette malade, qui, comme le montre l'examen histologique, s'est développée aux dépens d'une gliose méningo-encéphalitique qu'on peut attribuer à une malformation embryonnaire.

A propos du syndrome d'Adie. — M. J. Barré (de Strasbourg) rapporte un nouveau cas de syndrome d'Adie, à propos duquel la confusion possible avec le tabes doit être plus spécialement à envisager.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui accusait un trouble de la vue au moment du passage de l'obscurité à la lumière. Les pupilles étaient inégales, la gauche en mydriase très marquée. Les réflexes, tant à la lumière qu'à la convergence, étaient amples, mais la contraction aussi bien que la décontraction étaient très lentes, et cela aussi bien du côté gauche que du côté droit ; le réflexe consensuel était également troublé. L'altération pupillaire n'était donc pas unilatérale comme dans la description d'Adie. De plus, tous les réflexes tendineux étaient abolis. Par contre, le liquide céphalo-rachidien était normal, et le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les phénomènes pathologiques se seraient constitués après des fourmillements des membres inférieurs, du sein gauche et de l'hémiface gauche avec larmoiement, ce qui, joint à l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, est en faveur du rôle joué par le sympathique dans le mécanisme.

MM. Chavany, Baudouin font des réserves sur l'origine syphilitique possible de semblables syndromes.

Syringomyélie et syndrome ventriculaire à répétition. — MM. J. Lhermitte et E. Beaujard ont vu, chez un homme de vingt-sept ans, plusieurs fois blessé, apparaître, à la suite d'une vaccination antityphoïdique, un syndrome d'hypertension cérébrale, qui se renouvela à trois reprises et fut suivi du développement d'une syringomyélie cervicale. La radiothérapie, poursuivie assidûment, n'amena qu'un très médiocre résultat. Cet insuccès relatif s'explique parce qu'il s'agit ici de la forme hydrocéphalique de la syringomyélie de Schlesinger, dans laquelle les lésions spinales sont tout autres que dans la syringomyélie gliomateuse, puisqu'il s'agit, ainsi que Lhermitte et Gilbert Robin l'ont observé, d'une épendymite à la fois cérébrale et spinale.

Les premiers accidents apparurent chez ce malade à la suite d'une vaccination antityphique ; on peut se demander s'il existe une relation étiologique entre l'injection de T.A.B et l'apparition du syndrome ventriculaire.

M. Guillain a observé, avec M. Rouquès, une syringomyélie chez un homme de trente-cinq ans, qui avait été vacciné deux ans auparavant contre la fièvre typhique, et qui avait présenté, aussitôt après la vaccination, une névrite brachiale, de l'atrophie musculaire et des troubles de sensibilité objective de la main.

M. Alajouanine a vu se développer un syndrome de poliomyélite antérieure aiguë aussitôt après une vaccination antityphique.

M. Petit-Dutaillis suggère que la myélotomie, opération très bénigne, pourrait être indiquée dans un cas de ce genre.

Syndrome sensitif cortical méconnu. — M. Alajouanine présente un ancien blessé de guerre, qui avait été trépané dans la région pariétale gauche, en 1918, pour extraction d'un éclat d'obus. La monoplégie brachiale droite, qui avait été immédiate, a régressé assez rapidement, et le malade ne présente plus, depuis longtemps, aucun trouble paralytique. Cependant il accuse toujours une impotence du membre supérieur, que les conseils de réforme n'ont jamais consenti à reconnaître. En réalité, il existe des troubles de la notion de position et de la perception stéréognosiques, avec élargissement des cercles de Weber et diminution de la sensibilité vibratoire sur les trois derniers doigts et sur l'éminence hypothénar de la main droite. Ces troubles justifient l'impotence.

Lorsque le malade a les bras tendus devant lui, les mains et les doigts dans le prolongement des bras, on voit ses trois derniers doigts du côté droit s'infléchir peu à peu vers la paume de la main, ce que les auteurs attribuent au trouble de la notion de position.

MM. Dufour, Thiers attribuent ce dernier symptôme à un reliquat de paralysie motrice. M. André Thomas incrimine, comme M. Alajouanine, les troubles de sensibilité, mais il remarque, chez le malade, des syncinésies dans les mouvements des doigts.

M. Decourt a observé un cas analogue, dont il rapporte l'histoire.

Paraplégie avec syndrome de Brown-Séquard, consécutive à un zona sacré. — MM. Alajouanine et Thurel présentent un malade qui, huit jours après un zona sacré du côté gauche, a été pris de névralgies de la région, pendant un mois. Puis apparurent des troubles de sensibilité objective dans la région sacrée, de la constipation avec troubles de la sensibilité ano-sphinctérienne, de la rétention d'urines, enfin de l'ataxie des membres inférieurs par troubles des sensibilités profondes. Quelques jours plus tard, se développa une paraplégie spasmodique, prédominant du côté gauche, avec troubles de sensibilité objective prédominant du côté droit, et atrophie du quadriceps. Actuellement les troubles sont en voie de régression très nette. Les auteurs pensent que la paraplégie à évolution extensive est due à la propagation du virus zostérien dans la moelle épinière, plutôt qu'à une affection distincte qui aurait débuté par un zona symptomatique.

MM. Lhermitte, André Thomas discutent la pathogénie du processus.

REVUE DES CONGRÈS

XII[e] SESSION DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

La XII[e] session de l'*Assemblée française de médecine générale*, que préside le professeur Paul Carnot, était consacrée à l'étude des « Habitudes alimentaires régionales ». Après les assises départementales tenues le mois dernier, l'Assemblée tint ses assises nationales, le 1[er] juillet, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sous la présidence du professeur Rathery, membre de l'Académie de médecine ; sur la proposition du secrétaire général, le D[r] Henri Godlewski, l'ordre du jour suivant fut adopté à l'unanimité :

L'alimentation populaire en France est généralement suffisante et très améliorée. L'insuffisance ne s'observe guère qu'au taudis ; parfois aussi dans les classes riches par méconnaissance de la ration utile, chez la femme surtout par souci de la ligne.

Par contre, à la ville comme à la campagne, il y a proportion importante de gros mangeurs, mais l'éducation physique et les sports, de plus en plus en faveur, orientent vers une alimentation plus rationnelle ; l'alcoolisme des générateurs s'atténue chez les jeunes, disciplinés par l'athlétisme.

L'hygiène a particulièrement marqué ses bienfaits en puériculture : le choléra infantile devient une exception et cesse d'être ainsi un fléau social ; dans les campagnes retirées, ce résultat apparaît lié à l'action du médecin de famille.

Celui-ci signale à la vigilance des pouvoirs publics :

1° Le pain est fréquemment de mauvaise qualité et mal cuit. Il y a réprobation unanime contre le pain chimique.

2° Même unanimité contre le lait provenant de vaches mal nourries et malsaines.

3° L'écolier rural, chétif, manque souvent de cantines scolaires, est réduit à un seul repas chaud, le soir.

4° Le médecin réclame que la surveillance des coquillages, constatée efficace pour les huîtres, soit étendue à la mytiliculture et que soit efficacement interdit dans tous les ports sans exception l'élevage des moules à l'embouchure des égouts.

XII[e] SESSION DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(Juin-Juillet 1934)

Synthèse des conclusions des assises départementales

Par le D[r] Henri GODLEWSKI

Coutumes. — Il ressort nettement de la documentation générale de ces assises que l'alimentation populaire est partout suffisante et très améliorée sur jadis.

La sobriété subsiste même parfois avec la richesse et là où l'alimentation est la plus variée, en Provence. Il devient exceptionnel de voir consommer peu de viande comme en Berry. Il est plus fréquent de voir préférer la viande et dédaigner les légumes.

L'usage se répand dans les milieux ouvriers du Nord de ne faire qu'un seul repas chaud ; dans la bourgeoisie de l'Ile-de-France et à Paris de ne manger de viande qu'au repas de midi, de faire un repas du soir léger. Ces coutumes sont localisées comme est locale, hélas ! l'habitude des repas lents et silencieux de Sologne.

Carences. — Les pays envahis ont connu les carences de captivité (privations de viande et de lait frais surtout) avec dystrophies infantiles et nombre de hernies d'amaigrissement (Nord). La taille de la génération née de la guerre ne semble pas s'en ressentir (Meuse). En dehors des régions envahies, il y a même augmentation de la taille des contingents actuels (Dordogne, Gironde).

Les carences d'hiver des montagnards paraissent sans conséquence (Doubs).

Il est des carences par sobriété excessive, chez les montagnards corses, et, par suite de dyspepsies alcooliques, dans les Côtes-du-Nord. Dans de telles régions, on retrouve comme conséquences communes sénescence précoce, débilité générale, dystrophies osseuses, luxations congénitales de la hanche, précocité des caries dentaires.

De très rares contrées comme le Velay connaissent la carence continue en sels minéraux, albumines et vitamines hydro-solubles retentissant sur la morphologie ethnique. Il y a parfois dans les milieux aisés carence par abus de régimes médicinaux (Indre-et-Loire, Seine-et-Oise) ; chez la femme, par excès de coquetterie (Seine, Pas-de-Calais, Eure-et-Loir) ; misère physiologique dans les taudis d'alcooliques. Il y a les hypoalimentations locales depuis le chômage, en Pas-de-Calais et même dans certaines villes du centre, mais pas à la campagne (Loiret).

Pléthore. — Rares sont les régions comme l'Allier avec peu de gros mangeurs. Les sports (développant le souci de l'esthétique) ont déjà fait diminuer la proportion des obèses (Pas-de-Calais). Chez les paysans la pléthore apparaît maintenant tandis que le bourgeois, jadis suralimenté, se restreint (Corrèze, Puy-de-Dôme). Les habitudes de boulimie sont traditionnelles en Alsace, dans certains milieux marseillais, dans la Sarthe, où aux champs on fait six repas par jour, « chaque repas étant un repos et chaque repos un repas ».

Boissons. — Le potomane consomme du cidre dans l'Ouest, de la bière dans l'Est, du vin presque partout ailleurs. Les grandes régions vinicoles mentionnent en même temps la tolérance au vin rouge chez le producteur et les dangers des vins de mauvaise qualité ; en Anjou, le vin rouge est en progrès sur le « blanc », à cause du « cuisinage chimique » opéré sur ce dernier, à provenance de « noah ».

L'alcoolisme est en régression dans l'Allier et dans la jeunesse sportive (Sarthe). Chacun s'accorde à reconnaître que l'influence nocive sur la race est plus l'effet de l'alcool que du vin (Doubs). On rapporte avec insistance l'extension considérable du caféisme, en particulier chez les femmes, et cela un peu partout.

Alimentation de l'enfant. — Progrès considérables réalisés en hygiène alimentaire infantile, au point que les diarrhées graves ont disparu (Allier) ou sont devenues exceptionnelles, même dans la population paysanne du Berry et de la Beauce. Or, dans ces domaines retirés, c'est bien l'action médicale individuelle qui a surtout droit à la reconnaissance publique. Le clinicien a su imposer la stérilisation du lait. Il a moins réussi à imposer l'allaitement au sein ; à part l'action due à la remarquable autorité de vieux médecins de campagne comme nous

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

en trouvons un exemple typique en Sologne, où toutes les femmes nourrissent, très généralement on constate la diminution de l'allaitement maternel, au point que dans les Pyrénées-Orientales une mère sur cinq seulement nourrit son enfant. Toutefois, depuis le chômage, la femme restant plus au foyer redevient nourrice (Allier). La mauvaise qualité du lait des vaches, qui sont dans de multiples régions comme l'Artois, la Beauce, l'Anjou, nourries de drèches, pulpes, tourteaux et feuilles de betteraves fermentées, soulève la protestation unanime du corps médical.

Les laits en boîte ont la faveur, par crainte de la tuberculose bovine (Indre-et-Loire), et on abuse de ces laits (Cher). L'usage n'en a d'ailleurs pas bien pénétré encore partout (Meuse, Allier).

A la ville, on aurait tendance à prolonger démesurément l'alimentation lactée, tandis qu'à la campagne on donne trop tôt l'alimentation de l'adulte (Doubs, Eure-et-Loir, Seine-et-Oise) et on se désintéresse de l'alimentation dès que l'enfant va à l'école.

L'écolier va du hameau à l'école du bourg parfois lointain, n'emportant qu'une collation (Loiret, Ain) ; il ne fait qu'un repas chaud par jour, aussi est-il chétif (Gironde). Les soupes scolaires sont très souvent signalées comme insuffisantes, les cantines comme trop peu répandues. Ni les familles, ni les municipalités ne veulent bien en faire les frais (Gironde, Ain) ; les médecins adressent un appel aux pouvoirs publics pour étendre les œuvres d'hygiène alimentaire à l'école (Lot-et-Garonne).

Le pain. — Presque partout on consomme le pain et la soupe au pain en grosse quantité ; on en abuse (Meuse, Doubs), d'où dyspepsie, obésité, hypertension artérielle.

Le paysan ne fait plus guère son pain ; on le lui apporte; cependant, dans l'Allier, le paysan n'utilise encore le boulanger que pour les fêtes, et depuis la crise les paysans rallument leurs fours (Cher). La consommation du pain baisse en Seine-et-Oise, en Touraine, où l'usage de la soupe a même disparu.

C'est qu'on vend un pain mauvais (Vaucluse, Var, Pas-de-Calais) fait avec de mauvaises farines et insuffisamment cuit (Doubs). La fraude persiste ; des fautes graves se commettent journellement (Maine-et-Loire). Il y a réprobation unanime contre le pain chimique. Le médecin réclame des mesures énergiques des pouvoirs publics (Lot-et-Garonne).

L'alimentation animale. — La boucherie est devenue le plus prospère des commerces (Alpes-Maritimes, Indre-et-Loire). La variété n'est pas très recherchée : le bifteck aux pommes est l'alimentation la plus répandue et d'une monotonie quotidienne dont ne se lasse pas l'ouvrier (Nord). Cependant la vieille coutume de la consommation porcine reste ancrée dans la plupart des campagnes. La charcuterie gagne même des régions où elle était jadis presque inconnue (Nord).

La notion s'est répandue que les *œufs* provoquaient la surcharge graisseuse du foie et que les œufs provenant de poules « forcées » étaient toxiques, d'où défiance populaire actuelle (Nord, Maine-et-Loire).

Sur toutes nos côtes on fait une énorme consommation de *poissons* et de *coquillages*. Les médecins constatent que les infections intestinales et la fièvre typhoïde sont devenues très rares dans toute la Saintonge depuis la surveillance des huîtres de Marennes. Mais il convient de se méfier des coquillages souillés, en dehors des pays producteurs, par l'eau polluée des villes, de même que des moules cultivées à l'embouchure des égouts, aussi bien à Marseille qu'à Sète et La Rochelle. Aussi les médecins réclament l'organisation de la salubrité ostréicole étendue à la mytiliculture (Charente-Inférieure, Hérault, Bouches-du-Rhône).

L'alimentation végétale. — Il y a prédilection pour les végétaux et les fruits — spécialement les crudités — sur tout le littoral méditerranéen ; pour les féculents en Charente, Dordogne ; alors qu'on ignore les légumes secs en Meuse, que les légumes en général ne sont pas prisés des campagnards comme on pourrait le croire ; les anciens végétariens deviennent carnivores (Lot-et-Garonne, Corrèze, Puy-de-Dôme).

Conséquences pathologiques générales. — Il y a beaucoup moins de goutte aiguë en maints départements (Cher, Sarthe, Pas-de-Calais, Gironde). L'augmentation des diathèses (goutte, diabète, lithiases) est par contre mentionnée en Maine-et-Loire, Bas-Rhin, Meuse.

La suralimentation prolongée provoque des troubles groupés à Vichy sous le nom d'hépatisme.

Les gros mangeurs deviennent aisément dyspeptiques, puis hépato-rénaux particulièrement quand ils font abus des salaisons et des corps gras (Haute-Loire). Toute suralimentation ne conduit pas fatalement à l'hypertension ; ainsi en Franche-Comté le travailleur des champs devient moins hypertendu qu'on aurait pu le penser et la Touraine mentionne que l'hypertendu n'est pas plus fréquent par alimentation carnée dominante. Le Cher dit même que dans des communautés religieuses très sobres et à alimentation très frugale les hypertendus ne sont cependant par exceptionnels et l'on cite en Sarthe de remarquables observations familiales où avec régimes diamétralement opposés de privations et d'excès des membres d'une même famille finissent presque centenaires.

De même il y a deux courants populaires en diététique : dans certaines campagnes on redoute l'inanition et on accepte la diète de mauvaise grâce ; dans d'autres, au contraire, on observe la diète par principe.

Malgré Trousseau, la vieille doctrine de Broussais conserve des adeptes. Cette doctrine conduit à des désastres lorsqu'il s'agit des tuberculeux (Gironde, Puy-de-Dôme), lorsqu'on prend une typho-bacillose pour une typhoïde. Certes les tuberculeux ne sont plus alimentés sans mesure ; partout l'on bannit la suralimentation de jadis. Mais l'on constate que le tuberculeux « entre » souvent dans sa tuberculose par sous-nutrition (Sarthe) et qu'il est nécessaire de lui prescrire l'alimentation la plus variée.

NOUVELLES

Clinique maritime du Coq-sur-Mer. Leçons de chirurgie de l'appareil moteur (6 au 11 août 1934). — Du lundi 6 au samedi 11 août prochain, le Dr Delchef donnera, à la clinique maritime du Coq-sur-Mer, une série de leçons sur la chirurgie de l'appareil moteur.

Les entretiens seront consacrés aux sujets suivants :

1° Le domaine de la chirurgie de l'appareil moteur ;

2° Les malformations (congénitales et acquises) et leur traitement ;

3° Les lésions inflammatoires et leur traitement ;

4° Les lésions traumatiques et leur traitement.

Ils seront accompagnés de démonstrations pratiques (présentations de malades, appareillages, opérations).

Le droit d'inscription au cours est fixé à 150 francs.

Académie royale de médecine de Belgique. — Dans sa séance du 30 juin l'Académie a procédé, en comité secret, aux élections suivantes : *Membre titulaire* : le professeur Paul Govaerts (Bruxelles). *Membres correspondants belges* : le professeur Malengreaux (Louvain) et Van Goidsenhoven (Louvain). *Membres honoraires étrangers* : le professeur Elliot Schmith (Londres) et le professeur Nicolle (Tunis). *Correspondants étrangers* : le professeur Policard (Lyon) et le docteur Guéniot (Paris). En séance publique, le secrétaire perpétuel a donné lecture de l'adresse de félicitation envoyée aux souverains à l'occasion de la naissance du prince de Liége.

Voyages internationaux médicaux et scientifiques dans le Midi de la France. — Le IIIe Voyage Pyrénées-Océan aura lieu du 26 août au 3 septembre. La concentration se fera à Périgueux, centre d'études préhistoriques : on visitera les musées et les cavernes des Eyzies ; puis Bordeaux, ses châteaux et ses vignobles ; Arcachon, station maritime, et Dax, la plus grande station française de rhumatisants ; les belles plages de Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye ; les villes basques de Bayonne, Fontarabie, Saint-Sébastien ; les eaux chlorurées de Salies-de-Béarn et les eaux cuivreuses de Saint-Christau ; enfin Pau, grande cité climatique et historique.

Une excursion partira de Pau le 3 septembre et parcourra la partie la plus célèbre des Pyrénées : Bagnères-de-Bigorre avec ses eaux calmantes et ses chanteurs pyrénéens ; Lourdes avec ses églises et ses pèlerinages ; le col grandiose du Tourmalet ; Barèges, Saint-Sauveur et leurs eaux sulfureuses ; le cirque de Gavarnie et Cauterets, station des orateurs, des professeurs et des chanteurs. L'excursion se terminera le 6 septembre.

Comme les précédents, ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de médecine de Bordeaux et de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées. Des médecins, des géologues, des historiens, des physiciens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, accompagneront les voyageurs et assureront les démonstrations. Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer français, valables un mois. Tous les frais de séjour seront couverts par une cotisation forfaitaire minima.

Tous ceux que ce voyage intéresse sont priés d'écrire au Dr M. Faure, à La Malou (Hérault). Le nombre des adhésions est limité et le voyage n'aura lieu que s'il réunit le nombre prévu.

La Passion a Oberammergau (du 27 août au 4 septembre 1934. Excursion en cars rapides Pulman-Panhard). — Paris, Strasbourg, Baden-Baden, Forêt-Noire, Stuggart, Ulm-Augsbourg-Oberammergau, Munich, Danube, Nuremberg, Heildelberg, Darmstad, Mayence, Bingen, descente du Rhin, Coblence, Bonn, Cologne, Aix-la-Chapelle, Liége, Bruxelles, Paris.

Tout compris : 1 675 francs.

Une remise de 5 p. 100 sera faite aux membres du corps médical, aux internes et externes et leurs familles, qui remettront leur inscription à l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Prière aux personnes désirant des renseignements sur le Jeu de la Passion et sur ce voyage, de vouloir bien s'adresser à l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe. Tél. : Littré, 14-61.

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (*Chamonix, les* 3, 4 *et* 5 *septembre* 1934). — Ce Congrès aura lieu à Chamonix les 3, 4 et 5 septembre et sera suivi de démonstrations et d'excursions, jusqu'au 8 septembre.

Il sera présidé par le professeur Paul Carnot, assisté du professeur Latarjet (de Lyon), président de l'Association internationale médico-sportive.

Les secrétaires généraux sont : le Dr Godlewski (de Paris) et le professeur agrégé Cordier (de Lyon). Le secrétaire régional est le Dr Agnel (de Chamonix).

Le programme de ce Congrès sera le suivant :

1° SÉANCES GÉNÉRALES. — Le matin, discussion des rapports sur :

3 septembre : *Standardisation de la fiche biométrique sportive.* Rapports de MM. Viola, Frassette et Pende (fiche anthropométrique) ; Cassinis, Laugier, Brouha et Heymans (fiche physiométrique) ; Baglioni et Piéron (fiche psychométrique).

4 septembre : *Contrôle médical de l'éducation physique et des sports.* Rapports de MM. Laubry, Routier et Van Bogaert, Mathieu et Collet (appareil circulatoire) ; Léon Kindbert, Lesné et Mme Lambling (appareil respiratoire) ; Garsaux (aviation).

5 septembre : *Indications médicales des exercices physiques et des sports à l'altitude.* Rapports de MM. Piéry et Milhaud, Mouriquand, Rollier (climatologie) ; médecin

NOUVELLES *(Suite)*

colonel Schicklé et Dr Thévenot (secours en montagne) ; Georges Labey (alimentation dans les sports de montagne).

2° Séances de sections. — L'après-midi : communications diverses des sections suivantes :

a. *Section de biologie.* — Président : professeur Laugier ; Vice-président : professeur Hédon ; Secrétaire : M. Bonnardel.

b. *Section de médecine et pédiatrie.* — Président : Dr Jules Renault ; Vice-présidents : professeurs Nobécourt et Lereboullet ; Secrétaire : Dr Libert.

c. *Section d'éducation physique scolaire et post-scolaire.* — Président : professeur agrégé Chailley-Bert ; Vice-présidents : Dr Dufestel et professeur agrégé Merklen (Nancy) ; Secrétaire : Dr Jeudon.

d. *Section de médecine et chirurgie sportives.* — Président : professeur Grégoire ; Vice-présidents : professeurs Rocher et Tavernier ; Secrétaire : Dr Collet.

3° Démonstrations et excursions :

Dimanche 2. — Inauguration du refuge de la Tête Rousse (3 170 m.).

Lundi 3. — Excursions en cars aux Gorges de la Diosaz ; cinéma de films alpins.

Mardi 4. — Démonstrations d'éducation physique et de sports à Chamonix-Plage ; exercice d'escalades par l'École de haute montagne de la XIVe région et de technique alpine par les guides de Chamonix ; démonstrations de secours en montagne.

Mercredi 5. — Thé au col des Montets.

Jeudi 6. — Excursion au Brévent.

Vendredi 7. — Grande excursion à la Mer de Glace, avec déjeuner au Montenvers ; démonstrations de secours en montagne sur glacier.

Les inscriptions au Congrès, avec le montant des cotisations, doivent être adressées le plus tôt possible au Dr Agnel, secrétaire régional à Chamonix Mont-Blanc, qui en accusera réception et enverra aussitôt le programme détaillé.

Le Congrès comprend des membres *titulaires*, médecins français ou étrangers, internes des hôpitaux et étudiants en médecine ; la cotisation des membres titulaires est de 100 francs (et exceptionnellement de 80 francs pour les internes et les étudiants en médecine).

Les familles de médecins qui accompagnent les membres titulaires peuvent être inscrites comme membres *associés*. Exceptionnellement les personnes non médecins et non parents de médecins inscrits, qui s'intéressent à l'éducation physique et aux sports, peuvent être admises par le comité directeur, à titre de membres associés, mais ils ne peuvent prendre part aux communications des sections.

Il y a intérêt à s'inscrire le plus tôt possible, pour profiter des avantages sur les chemins de fer (50 p. 100 de réduction) et dans les hôtels (à partir du 25 août) et les inscriptions à certaines excursions étant en nombre limité. Les participants seront classés par ordre d'inscription.

Une exposition d'appareils et de produits spécialisés aura lieu dans les locaux du Congrès. Tous les renseignements seront donnés par M. Maujoint, délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (Danton 99-98).

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

24-31 Juillet. — *Zurich.* Congrès international de radiologie.

25 Juillet. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour les inscriptions du quatrième trimestre.

26 Juillet. — *Utrecht.* Conférence de la Société internationale de pathologie géographique.

31 Juillet. — *Angers.* Dernier délai d'envoi des mémoires pour le prix Henri Gimoux (maladies cancéreuses) (Envoi au secrétariat de l'École de médecine d'Angers).

31 Juillet. — *Clermont-Ferrand.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin résidant à l'hôpital-sanatorium Sabourin.

1er Aout. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour les concours de médecin des hôpitaux militaires, de chirurgien des hôpitaux militaires, de pharmacien-chimiste du Service de santé militaire.

1er Aout. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions des candidates au concours d'élèves infirmières à l'École d'infirmières de la Salpêtrière.

5 au 18 aout. — *Saint-Moritz (Suisse).* Cours international de haute culture médicale de la fondation Tomarkin (secrétariat, via Marco Minghetti, 17, à Rome).

6 Aout. — *Coq-sur-Mer.* Leçons sur la chirurgie de l'appareil moteur à la Clinique médicale par M. le Dr Delchef.

11 Aout. — *Paris.* Faculté de médecine. Fermeture de la bibliothèque.

16 Aout. — *Clermont-Ferrand.* Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

26 Aout. — IIIe Voyage Pyrénées-Océan.

27 Aout. — Départ du Voyage « La Passion à Oberammergau ».

27 Aout. — *Québec.* Congrès français de médecine.

2 Septembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 Septembre. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 au 5 Septembre. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 Septembre. — *Venise.* Congrès international d'électro-radio-biologie.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

INAUGURATION DE L'INSTITUT DU CANCER A VILLEJUIF

Le 26 juin, le Président de la République a inauguré la section hospitalière de l'Institut du Cancer et ainsi a été consacré l'achèvement d'une œuvre à laquelle le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine, a voué le meilleur de son activité. En voyant maintenant dans son ensemble ce merveilleux établissement, certainement unique en Europe sinon au monde, avec l'équipement remarquable de ses salles de malades, de ses installations thérapeutiques et de ses laboratoires, on ne peut s'empêcher d'admirer l'homme qui en est l'âme et le réalisateur.



Institut du cancer. Entrée principale (fig. 1).



C'est en 1921 que le professeur Roussy conçut l'idée de créer un Institut spécial pour réunir en un faisceau convergeant toutes les branches de l'activité biologique et médicale, mise en œuvre dans la lutte contre le cancer. Or, ces branches sont multiples ; elles comportent l'étude clinique des affections cancéreuses et nécessitent ainsi un Service de consultation et d'hospitalisation ; elles comportent des recherches d'ordre anatomo-pathologique, expérimental, bactériologique, sérologique, cyto-biologique, chimique, physico-chimique, et nécessitent autant de laboratoires dont l'équipement, pour faire face à la complexité du problème à résoudre, doit être aussi perfectionné que possible.

Ce projet immense, qui pouvait paraître quelque peu chimérique au début, est maintenant entièrement réalisé. Mais on aurait tort de croire que l'Institut du Cancer n'est qu'un Centre d'études et de recherches scientifiques dans ce vaste domaine qui s'appelle aujourd'hui la cancérologie. Le professeur Roussy est loin de se contenter du rôle de savant qui étudie les maladies sans se soucier des malades. Tous ceux qui ont eu le bonheur de le voir à l'œuvre savent qu'il considère comme le plus noble de ses devoirs celui d'être médecin, c'est-à-dire de soulager ceux qui souffrent ; et ses qualités de cœur qui le secondent admirablement dans cette tâche et auxquelles M. Marin, ministre de la Santé publique, a su rendre un hommage émouvant, sont la plus sûre garantie que, dans cet Institut, rien n'a été négligé pour assurer le traitement et le bien-être des malades.

En écrivant ces lignes, nous pensons à une foule de détails tels que le système d'appel au personnel infirmier avec contrôle automatique, le remplacement des sonneries par des signaux lumineux, la recherche systématique du silence, les salles de repos avec leurs fauteuils confortables et avec prises individuelles pour la T. S. F., les

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

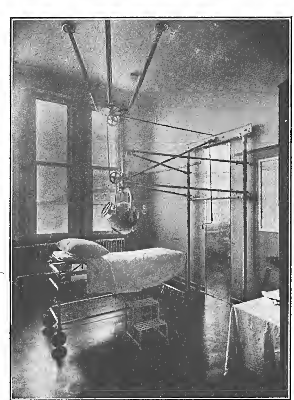
larges baies vitrées donnant vue sur des massifs fleuris, et tant d'autres choses qu'il serait fastidieux d'énumérer, mais qui toutes témoignent du souci constant de servir le malade, de créer une atmosphère accueillante en évitant tout ce qui fait « salle d'hôpital », tout ce qui peut porter atteinte à un moral qui, malheureusement, n'a que trop de raisons de défaillir.

L'ensemble du Service hospitalier comporte 148 lits et se trouve logé dans un vaste bâtiment de 280 mètres de long avec des épis disposés de façon à assurer aux salles de malades le maximum de lumière.

Au rez-de-chaussé est installé le Service de Consultation avec salle d'attente, deux rangées de déshabilloirs pour hommes et femmes, une grande salle de consultation, des salles aménagées pour les examens spéciaux dont le concours est indispensable au diagnostic de certains cancers (gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie, endoscopie du tube digestif, etc...), une salle d'archives avec un système de fiches qui permet de trouver instantanément tous les documents, observations, radiographies, coupes histologiques, de tout malade ayant passé par le Service de consultation. Un service de radiographie, équipé suivant les principes les plus modernes, est installé au sous- sol.

Le rez-de-chaussé comporte encore le service de radiothérapie placé sous la direction du Dr Belot. L'installation de ce service s'est inspirée des données les plus récentes, tant pour l'aménagement et la puissance des appareils que pour la protection des opérateurs. Trois salles sont équipées avec des appareils de 200 000 et de 300 000 volts ; l'installation d'un appareil fonctionnant sous un potentiel de 800 000 volts est actuellement à l'étude.

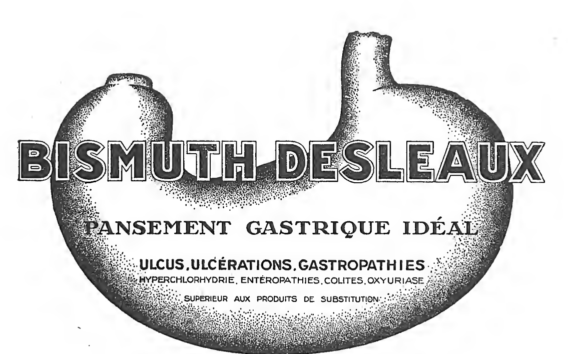
Le premier étage est occupé par le Service de curiethérapie, dirigé par Mme Laborde. L'Institut dispose de 7 grammes de radium, dont 5 sont placés dans un appareil de télécuriethérapie construit suivant les indications de Mme Laborde, le reste étant réparti en tubes et aiguilles pour être placés à volonté dans des appareillages.



Télécuriethérapie (fig. 2).

Le troisième étage est réservé au Service de chirurgie, placé sous la direction du professeur Pierre Duval. Ce qui frappe ici, ce sont les deux grandes salles d'opération dans l'aménagement desquelles aucune acquisition intéressante de la technique hospitalière moderne n'a été négligée et l'installation de stérilisation où la perfection technique s'allie à l'élégance, exemple admirable de l'esthétique dans la mécanique moderne.

Nous ne ferons que mentionner les autres installations qui constituent ce que l'on appelle, à


BISMUTH DESLEAUX
PANSEMENT GASTRIQUE IDÉAL
ULCUS, ULCÉRATIONS, GASTROPATHIES
HYPERCHLORHYDRIE, ENTÉROPATHIES, COLITES, OXYURIASE
SUPERIEUR AUX PRODUITS DE SUBSTITUTION

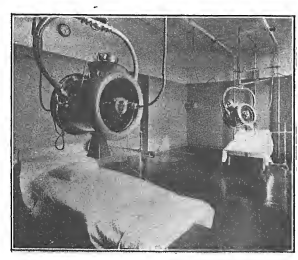
CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

tort d'ailleurs, les services annexes : la chaufferie automatique au mazout et les transformateurs électriques formant une véritable usine en sous-sol, la cuisine, la pharmacie, le pavillon des internes, le bâtiment d'administration, le garage etc. Sur toutes ces installations il y aurait beaucoup à dire, toutes ont posé des problèmes innombrables qu'il fallait résoudre et qui ont été résolus en vue d'assurer à l'ensemble le maximum de confort et de garantir le fonctionnement impeccable de cet organisme complexe que constitue un Service hospitalier de cette envergure.

En communication directe avec la section hospitalière se trouve la section des Laboratoires avec ses services d'anatomie pathologique, de bactériologie et sérologie, de cyto-biologie, de médecine expérimentale, de chimie et de chimie physique. On y trouve, en outre, un service d'autopsie, un amphithéâtre avec tous les appareils qu'exigent les méthodes d'enseignement moderne, y compris un projecteur cinématographique, un service de photographie destiné à fournir tous les documents photographiques, tant pour le service hospitalier que pour les laboratoires de recherches.

D'aucuns ont pu être étonnés en voyant ces admirables services et les laboratoires de recherches dont nous venons de donner une brève énumération ; et, en pensant à ces laboratoires « de fortune » ou plutôt de misère qui furent ceux d'un Pasteur, d'un Claude Bernard ou d'un Curie, certains visiteurs sceptiques ont pu se demander si, réellement, la science moderne est devenue tellement exigeante et si la création de ces Centres de recherches est indispensable au progrès de nos connaissances. A cette question on peut répondre sans hésitation par l'affirmative. Ce n'est pas parce que quelques hommes de génie ont pu créer des œuvres admirables, en partant de rien, qu'il faut se résigner à ne rien faire et attendre que la Providence fasse le reste. Et, d'ailleurs, ces hommes de génie ont été les premiers à reconnaître l'utilité de laboratoires bien outillés, car ils ont lutté toute leur vie pour les obtenir.

Tous ceux qui connaissent tant soit peu la complexité des questions soulevées par l'étude du cancer savent que, pour les aborder, on ne peut plus se contenter à l'heure actuelle d'un microscope et de quelques tubes à essai. Les branches de l'activité scientifique intéressant le problème du cancer se multiplient sans cesse et il est impossible de savoir de quel côté viendra le progrès décisif. Il peut venir de la physico-chimie aussi bien que de la cyto-biologie, de la sérologie ou de la médecine expérimentale. C'est dire que, pour préparer le chemin qui mène au succès, des Instituts puissamment outillés sont indispensables, et, sans attendre la consécration de l'œuvre accomplie sous forme de grandes découvertes, il faut savoir gré au professeur Roussy d'avoir forgé l'instrument indispensable à leur réalisation. Et il faut savoir gré aussi aux pouvoirs publics qui n'ont pas hésité à fournir les moyens nécessaires à l'exécution de cette œuvre grandiose. Ceci mérite encore plus particulièrement d'être relevé en une époque où nous n'avons que trop la tendance à chercher uniquement au delà de nos frontières les exemples frappants de grandes réalisations dans les domaines scientifique et industriel.



Salle de radiothérapie (fig. 3).

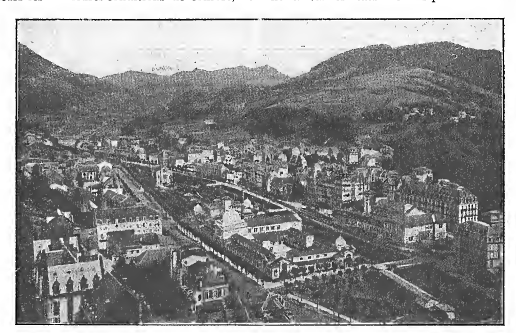
Ch. Oberling.

REVUE DES CONGRÈS

LE PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DU LYMPHATISME

Le premier Congrès international du lymphatisme s'est tenu avec un plein succès à La Bourboule, les 9 et 10 juin derniers. Plus de 500 participants avaient répondu à l'appel des organisateurs, et pendant deux jours une assistance nombreuse vint écouter les nombreux rapporteurs qui traitèrent du lymphatisme sous toutes ses formes.

Le samedi matin, dès leur arrivée, la plupart des congressistes allèrent visiter l'établissement thermal et purent se convaincre de son parfait agencement. Sans luxe inutile, il offre à tous les baigneurs les meilleures conditions de confort; de plus, les précautions les plus minutieuses sont prises chaque jour pour en assurer la propreté et l'hygiène.



Vue générale de la Bourboule. Vallée de la Dordogne (fig. 1).

Aussitôt cette visite terminée eut lieu, dans la grande salle du Casino, la première séance de travail. Après quelques mots d'introduction du Dr R. Pierret, président de la Société médicale de La Bourboule, le professeur Castaigne, un des principaux animateurs du Congrès, prononça quelques mots de bienvenue pour tous les congressistes, et salua en particulier tous les maîtres étrangers qui honoraient de leur présence cette réunion, MM. Martinez Vargas, Taillens, Görter, Moncrieff, Cohen, Suner, etc., après avoir présenté les regrets de tous ceux qui n'avaient pu venir.

On passa ensuite à l'exposé et à la discussion des premiers rapports ayant trait à l'étiologie et à la pathogénie générales du lymphatisme.

A midi, un déjeuner offert par la Société des eaux minérales de La Bourboule réunissait sous la présidence de M. Goutet, président du Conseil d'administration, les médecins de la station, les présidents et rapporteurs du Congrès et les représentants de la Presse médicale.

La séance de l'après-midi fut consacrée à l'étude des différentes « Formes et Variétés du lymphatisme ». Après cette séance, les congressistes allèrent admirer les installations du Parc d'enfants, remarquablement adaptées à leur destination : assurer à l'enfant par des exercices et des divertissements gymniques appropriés, sans ennui et sans contrainte, une éducation physique rationnelle. Les résultats obtenus par le Dr Diffre et ses collaborateurs se passent de commentaires, tant ils sont excellents.

Enfin, pour terminer cette première journée, un banquet de près de 600 couverts réunissait au Casino l'ensemble des participants au Congrès ainsi que les représentants des stations thermales voisines. Les surprises furent nombreuses au cours de ce dîner : embrasement du Casino par une pluie de feu aux teintes changeantes, attractions diverses, parmi lesquelles les danses d'Auvergne et les gracieuses évolutions d'un groupe de charmantes élèves des classes de danse de l'Opéra obtinrent le plus franc succès. Il eût été contraire à toutes les traditions de ne pas marquer le moment du dessert par quelques allocutions, et successivement prirent la parole : le maire de La Bourboule, M. Gâchon, puis MM. Goutet, Taillens (de Lausanne), Beckers (de Bruxelles), Le

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Mée, Ferreyrolles, Perpère, Pierret, enfin le professeur Marfan, qui présidait ce banquet. Tous exaltèrent le succès remporté par ce premier Congrès et rendirent un juste tribut d'hommages à ceux qui avaient contribué à la réussite.

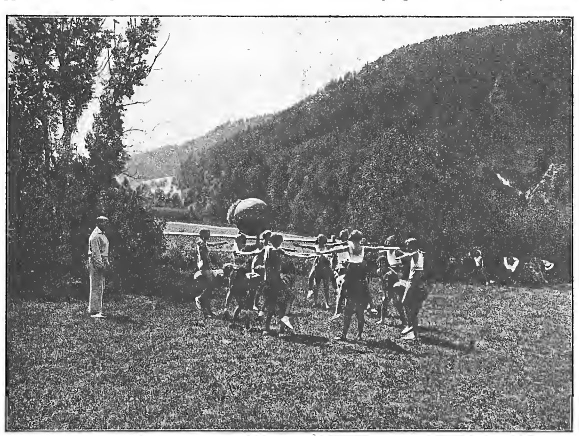
Après le dîner eut lieu le tirage d'une tombola dont les multiples lots firent un grand nombre d'heureux : livres, gravures, aquarelles et peintures, œuvres d'écrivains ou d'artistes auvergnats, lots utiles comme une superbe boîte de coutellerie de Thiers ou encore pittoresques, tels les deux appétissants fromages de Saint-Nectaire, furent successivement attribués à tous les assistants par la voie du sort, représenté en l'occurrence par deux charmantes jeunes filles, M[lles] Ronez et Malien de Campsavy.

Enfin une soirée artistique des plus réussie avec le concours de la Chorale des Enfants d'Auvergne, de M. Georges Chepfer et de M[me] Catherine Fontenay, vint terminer à une heure avancée de la nuit cette brillante journée.

Néanmoins, les congressistes étaient nombreux le lendemain matin pour visiter le laboratoire de Recherches hydrologiques et de Biologie installé dans l'établissement Choussy, l'embouteillage qui est un des plus perfectionnés de France, et enfin l'hôpital thermal Guillaume Lacoste qui abritait déjà un lot important d'enfants en traitement.

Aussitôt après avait lieu la troisième séance de travail, consacrée à la présentation et à la discussion des derniers rapports ayant trait au diagnostic et au traitement du lymphatisme. La séance de l'après-midi enfin était réservée à la présentation des communications particulières, dont plusieurs étaient du plus grand intérêt.

Mais La Bourboule est une station climatique en même temps qu'une station hydro-minérale aussi convenait-il de faire admirer aux congressistes les splendeurs du plateau de Charlannes qui domine la ville de 450 mètres et qui la complète si heureusement du point de vue climatique. C'est pourquoi tous se hâtèrent de monter dès la fin de la séance de travail au travers des superbes forêts de sapins jusqu'à l'hôtel de Charlannes, où un délicieux goûter était servi par les soins de M. et M[me] Ferreyrolles.



La Bourboule. Parc d'enfants. Jeux du ballon (fig. 2).

Pour clôturer ces deux jours de façon magnifique, un dîner offert par le président de la Société médicale de La Bourboule et M[me] Robert Pierret réunissait les présidents du Congrès, MM. les professeurs Marfan, Nobécourt, Lereboullet et

Castaigne, les rapporteurs, les représentants de la Presse et les notabilités françaises et étrangères. Il fut suivi d'une soirée dansante en tous points réussie, au cours de laquelle ne cessa de régner la plus franche animation.

Les membres associés appartenant à la famille des congressistes n'avaient pas été oubliés durant ces deux jours, et des excursions en auto-car, favorisées par un temps superbe, leur permirent de visiter le Mont-Dore et d'admirer le Sancy, le rocher de Vendeix, le bois de la Reine et le golf de Charlannes.

Le lundi était jour consacré au repos : il fut occupé à visiter, sous l'aimable direction de M. Goutet, auquel s'était joint M. Bréhier, professeur à la Faculté des lettres de Clermont-Ferrand, quelques-uns des sites remarquables de l'Auvergne. La caravane gagna d'abord Clermont-Ferrand par Rochefort et le col de la Moreno, et put au cours de la descente admirer le panorama sur la Limagne et la ville de Clermont. Malheureusement le temps trop bref dont elle disposait ne lui permit que la visite de Notre-Dame du Port, un des plus beaux témoins de l'art roman auvergnat. Ce n'est cependant qu'à une heure avancée qu'elle atteignit Riom, ville d'art célèbre par son église Saint-Amable, son palais de justice et sa Sainte-Chapelle, ses vieilles maisons et leurs cours intérieures, à propos desquels M. Bréhier ne cessa de donner avec la meilleure grâce des renseignements empreints de la plus sûre érudition. Il restait encore à voir Mozac et son trésor qui comporte comme maîtresse-pièce une châsse émaillée de toute beauté. Entre temps, un succulent déjeuner avait permis à tous de prendre quelque repos et de réparer des forces déjà éprouvées.

Avant de prendre le chemin du retour, il fut très agréable d'aller jeter un coup d'œil d'ensemble sur Châtel-Guyon, où nous était réservée une charmante mais trop courte réception au Casino. Enfin ce fut le retour par Clermont-Ferrand, le col d'Eydat, les roches Tuillières et Sanadoire, le lac et le col de Guéry. Un ciel d'une pureté merveilleuse permit d'admirer un coucher de soleil magnifique sur les Monts-Dômes, groupés autour de leur chef de file, le Puy de Dôme.

Cette soirée du lundi vit se disloquer le Congrès, et seuls restèrent quelques heureux qui purent les jours suivants, au cours de plusieurs excursions nouvelles, admirer les autres aspects si pittoresques de la vieille Auvergne.

Ce Congrès remarquablement organisé fait pleinement honneur à tous ceux qui l'ont conçu ou organisé, le professeur Castaigne, la Société médicale de La Bourboule, son président le Dr Robert Pierret et son secrétaire général le Dr Sauzet, la Société des Eaux ayant à sa tête M. Goutet qui se dépensa sans compter durant ces trois jours, la municipalité et l'ensemble de la population qui réservèrent aux congressistes le meilleur accueil.

Mais ce Congrès a eu surtout deux résultats tangibles : il a permis une mise au point de nos connaissances sur le lymphatisme, et surtout il a fait connaître à un grand nombre de médecins, dont plusieurs étrangers, une des plus belles stations thermales dont puisse s'enorgueillir la France.

RAPPORTS

Première question :

Étiologie et pathogénie du lymphatisme.

Esquisse d'une conception du lymphatisme. — M. Marfan propose de donner du lymphatisme la définition suivante : état caractérisé par une hyperplasie persistante, plus ou moins généralisée, des ganglions lymphatiques et des tissus lymphoïdes, résultant des réactions communes, non spécifiques, que peuvent déterminer dans ces organes et tissus la plupart des infections et intoxications prolongées.

Cette définition précise délimite bien le cadre du lymphatisme, en écartant toutes les intumescences ganglionnaires transitoires, localisées ou de nature spécifique.

Ses deux signes majeurs sont la polyadénie superficielle et une anémie modérée auxquelles peuvent s'ajouter des lésions de rachitisme, l'hyperplasie des amygdales, l'hypertrophie de la rate et du thymus. Ces deux dernières seraient l'apanage des formes graves.

Trois ordres de causes sont à l'origine du lymphatisme :

1° Une *infection* bénigne ou sévère, mais *prolongée*, telle que grippe, suppuration du cavum pharyngien, tuberculose ou syphilis, etc. ;

2° Une *dystrophie d'origine alimentaire*, et en particulier celle due à l'allaitement artificiel ;

3° Des *troubles digestifs* persistants.

Les altérations anatomiques consistent surtout dans l'intumescence sans caractères particuliers du tissu lymphoïde, très comparable à celle que l'on observe après certaines intoxications. La connaissance de ces lésions permet de concevoir dans une certaine mesure le mode d'action des causes efficientes que nous avons signalées : le lymphatisme serait une réaction générale de l'organisme à l'auto-intoxication provoquée par ces différents facteurs.

Cette conception fait enfin du lymphatisme une entité morbide bien distincte de la tuberculose ; le seul lien qui puisse réunir les deux affections est le lien étiologique déjà mentionné, à savoir que certaines variétés de lymphatisme peuvent reconnaître une origine partiellement tuberculeuse.

Idée générale du lymphatisme.. — M. le professeur Martinez Vargas (de Barcelone) étudie les rapports qui unissent la scrofule, la diathèse exsudative, l'état thymo-lymphatique et l'allergie tuberculeuse, et conclut à ce que ni la diathèse exsudative, ni l'état thymo-lymphatique ne correspondent à des réalités cliniques.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Par contre, le lymphatisme est un état constitutionnel caractérisé par une sensibilité exagérée à l'égard de toutes les agressions toxi-infectieuses et des réactions vasculaires et inflammatoires de la peau et des muqueuses, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Il se distingue de la scrofule par le fait qu'il ne s'accompagne d'aucune manifestation allergique à l'égard de la tuberculine.

Étiologie, pathologie et thérapeutique générale du lymphatisme. — M. le professeur MOURIQUAND (de Lyon) insiste sur les difficultés de donner du lymphatisme une définition précise, et pense qu'il faut pour l'instant s'en tenir à la tradition qui restera respectable jusqu'au jour où un travail analytique et critique aura démantelé la vieille diathèse. Ce travail est d'ailleurs commencé, mais progresse avec une extrême lenteur.

Devant la complexité des aspects sous lesquels le lymphatisme apparaît au médecin, il est préférable de parler de *syndrome lymphatique*, se divisant en lymphatisme dystrophique et en lympho-scrofulose.

Ces états lymphatiques s'apparentent étroitement avec certains syndromes endocriniens qui méritent de ce fait l'appellation de « paralymphatiques », en particulier certains syndromes thyroïdiens ou hypophyso-tubériens. Ils se rapprochent également de l'ancienne diathèse arthritique et s'unissent même à elle pour former le lympho-hépato-arthritisme.

Le lymphatisme marque une réaction particulière d'un terrain spécial vis-à-vis de facteurs variés, infectieux, toxiques, déséquilibrés et carences diverses : c'est dire que le traitement de la cause sera de première importance.

Mais, en dehors de toute conception étiologique, il faudra encore lutter contre les troubles morbides présentés par les malades, et la base de cette thérapeutique reste constituée par le grand air, l'altitude, le séjour marin et les cures thermales.

Le lymphatisme existe-t-il ? — M. le professeur TAILLENS (de Lausanne) insiste sur le fait que le terme de lymphatisme se rencontre presque exclusivement dans la littérature française, alors que les Allemands emploient plutôt le terme de diathèse exsudative.

Il lui semble que ce terme désigne un état très vague, intimement allié à la scrofule dont il ne serait que la première étape, et qui ne serait par conséquent qu'une forme de tuberculose à évolution spéciale greffée sur une rhinopharyngite chronique préexistante. Le lymphatisme est donc en décroissance depuis les progrès de l'oto-rhino-laryngologie, et, pour sa part, l'auteur le rencontre avec une plus grande rareté qu'il y a quelques années.

Lymphatisme, diathèse exsudative et sensibilisation. — M. le professeur MORO (de Heidelberg) cherche tout d'abord à définir la conception de la diathèse et adopte la définition de Baumès qui désignait par ce terme une prédisposition héréditaire particulière, due à un substratum inconnu, mais répondant évidemment à un principe unique, pouvant atteindre à la fois plusieurs organes ou se manifester par des phénomènes morbides et des localisations alternantes, identiques de nature, bien qu'elles

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

puissent se présenter sous des aspects extrêmement variés.

Le lymphatisme, par ses manifestations multiples, rentre bien dans le cadre de la diathèse tel que le conçoit Baumès. Mais il fallait encore préciser la nature du principe unique, vraisemblablement humoral, qui unissait entre elles toutes ces manifestations. La notion d'allergie avait déjà créé un lien entre certaines d'entre elles, comme l'eczéma, l'urticaire ou l'asthme, mais n'expliquait nullement les dermatoses séborrhéiques non plus que le terrain lymphatique ou la tendance à l'obésité. Mais le problème s'éclaire parfaitement si on part de la notion de sensibilisation, ainsi qu'il résulte d'un schéma établi par l'auteur, au lieu de la notion d'allergie.

Lymphatisme et alimentation. — M. le professeur Rohmer (de Strasbourg) fait rentrer dans le cadre nosologique du lymphatisme deux états bien caractérisés et souvent d'ailleurs combinés l'un à l'autre :

1° L'hyperplasie primitive ou la tendance à l'hypertrophie secondaire de tout le tissu lymphoïde avec une certaine réserve pour le thymus ;

2° L'habitus pastosus avec tendance pathologique à l'hydratation ou à la déshydratation.

L'enfant vient au monde avec ce terrain particulier sur lequel se grefferont ultérieurement les diverses manifestations pathologiques, et l'auteur se demande dans quelle mesure l'alimentation peut les provoquer ou les empêcher.

Il croit à la nécessité de donner à l'enfant une alimentation suffisante, mais d'où tout superflu sera soigneusement banni, avec restriction des graisses, donc du lait et des œufs, riche en hydrates de carbone, dont la quantité sera limitée par la tendance à l'engraissement, et abondante en légumes frais et en crudités.

Recherches sur le sang des lymphatiques. — M. le professeur Caussade et M. Vérain (de Nancy) ont étudié certains points de la composition du sang chez 20 enfants lymphatiques et 10 enfants normaux, vivant tous dans les mêmes conditions et soumis au même régime.

Ils n'ont observé aucune modification de la formule leucocytaire, de l'uricémie, de la calcémie ou de la glycémie. Le taux de l'hémoglobine et celui du chlorure de sodium plasmatique étaient légèrement abaissés. Il existait de façon constante une tendance à l'alcalose contrastant avec une diminution de la réserve alcaline.

Il faut encore noter des perturbations du test d'hydrophilie cutanée et de l'interféromètrie thymique.

Cet ensemble de signes biologiques ne forme pas un tout assez cohérent pour permettre des déductions étiologiques.

Deuxième question :

Lymphatisme des muqueuses.

M. le professeur Nobécourt rappelle qu'un des phénomènes les plus caractéristiques du lymphatisme est l'hyperplasie du tissu lymphoïde, avec hypertrophie secondaire de l'ensemble de ce tissu. Toutes les muqueuse qui contiennent du tissu lymphoïde, c'est-à-dire celle

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

du tube digestif et des voies respiratoires, peuvent donc être frappées par le lymphatisme.

L'*hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx* est la mieux connue parmi les manifestations du lymphatisme des muqueuses : elle se traduit par l'hypertrophie plus ou moins complète des amygdales palatines, de l'amygdale pharyngée (végétations adénoïdes), de l'amygdale linguale et des follicules clos disséminés. L'hyperplasie du tissu lymphoïde peut être pure ou s'associer à la sclérose pour réaliser une gamme de formes autrefois décrites par Ruault.

Le *lymphatisme des muqueuses des voies digestives inférieures* est moins bien démontré, mais paraît néanmoins jouer un rôle dans la genèse de certaines entéro-colites et de l'appendicite. Il existe dans tous les cas une relation indiscutable entre ces affections et l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx.

Le *lymphatisme des muqueuses respiratoires* n'est également pas probant, mais prédispose vraisemblablement aux laryngo-trachéo-bronchites et aux infections des voies respiratoires inférieures. Il intervient enfin dans la genèse de l'asthme adénoïdien ou ganglionnaire.

Anneau de Waldeyer et adénopathies cervicales. — MM. le professeur LEMAITRE et R. MADURO insistent en premier lieu sur l'étroite solidarité qui unit l'anneau de Waldeyer à ses dépendances lympho-ganglionnaires, constituant un système lympho-ganglionnaire dont la réalité est démontrée par certains processus inflammatoires ou tumoraux.

Les adénites inflammatoires consécutives aux infections non spécifiques de l'anneau de Waldeyer ne peuvent être diagnostiquées qu'après un examen complet de tout cet anneau, nécessitant la mise en œuvre de procédés spéciaux de diagnostic. Elles se présentent sous deux types cliniques fondamentaux.

La *fièvre ganglionnaire*, fréquente chez l'enfant, est caractérisée par une polyadénite cervicale accompagnée d'une fièvre élevée, souvent de type inverse. Sa terminaison normale est la guérison en cinq à six semaines, sans suppuration des ganglions.

Les *adénites cervicales chroniques banales* sont souvent plus difficiles à reconnaître. Sans parler de leur diagnostic différentiel avec les dysembryomes latéraux du cou, les branchiomes ou les kystes congénitaux, elles doivent être distinguées des adénites consécutives à une infection locale cutanée ou muqueuse, ou dues à une cause spécifique, leucémie, lymphogranulomatose, tuberculose. Le diagnostic avec la tuberculose est de beaucoup le plus difficile, car il est des adénites bacillaires en rapport avec une infection bacillaire de l'amygdale, comme en témoignent quelques microphotographies projetées par l'auteur.

Les adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses de l'enfant. — M. le professeur Robert DEBRÉ rappelle que, depuis une dizaine d'années, nombre de médecins s'insurgent contre la facilité avec laquelle est posé le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique. L'examen clinique d'un grand nombre d'enfants permet

en effet de voir que les signes classiques de cette affection ne sont aucunement liés à l'augmentation de volume des ganglions du médiastin.

Aucun signe n'est en effet pathognomonique : les signes généraux, fièvre, pâleur, aspect chétif, relèvent des causes les plus diverses. Parmi les signes fonctionnels, la toux est due soit à une rhino-pharyngite chronique, soit à une coqueluche traînante, soit, plus rarement, à une bronchectasie ; la dyspnée relève d'un stridor congénital, d'une laryngite striduleuse ou d'une crise d'asthme. Aucun des signes physiques décrits par Guéneau de Mussy n'a de valeur nosologique, et le syndrome classique que forment la circulation collatérale, la submatité postérieure et le signe de d'Espine se voit couramment chez des enfants normaux, alors qu'il fait d'autres fois défaut dans des cas authentiques d'adénopathie médiastinale.

L'examen radiologique est souvent difficile à interpréter, et des images de croisement vasculaire ou de lésion parenchymateuse, voire même d'anomalie anatomique, sont attribuées à tort à l'adénopathie trachéo-bronchique.

Seule l'étude anatomique permet d'affirmer l'existence des adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses : celles-ci existent dans toutes les affections broncho-pulmonaires aiguës ou chroniques et ne déterminent aucun signe fonctionnel, aucun signe physique ni aucun signe radiologique. Elles restent donc latentes et disparaissent après guérison de l'infection causale.

Ces adénopathies ne se voient jamais au cours des maladies infectieuses non compliquées de lésions pulmonaires ; elles ne se rencontrent pas davantage au cours de l'hypertrophie amygdalienne, des végétations adénoïdes ou de l'infection des voies respiratoires supérieures.

Les états thymo-lymphatiques. — MM. le professeur P. Lereboullet et Jacques Odinet exposent leur conception de l'état thymo-lymphatique telle qu'elle résulte des recherches expérimentales et des constatations cliniques qu'ils ont faites durant ces dernières années.

Dans la première partie de leur rapport, ils discutent l'*existence de l'hypertrophie du thymus* au cours des états thymo-lymphatiques. Ils n'ont jamais constaté de signes d'hypertrophie thymique chez les nombreux lymphatiques qu'ils ont examinés, et comme cette affection leur semble être d'une extrême rareté et d'un diagnostic très difficile, ils croient que la plupart des cas antérieurement publiés concernaient en réalité des thymus normaux non involués et considérés à tort comme hypertrophiés.

Ils étudient ensuite le *rôle que joue le thymus dans la physiologie pathologique des états thymo-lymphatiques.* Ils se refusent à admettre l'existence d'un appareil thymo-lymphatique et insistent sur les différences fondamentales qui séparent le thymus et les ganglions lymphatiques : les deux seuls points de contact entre eux sont, en effet, le développement maximum dans le jeune âge, et les réactions analogues à l'égard de l'inanition et des rayons X. Ce sont des bases trop faibles pour appuyer sur elles une analogie de fonctions. Enfin les arguments proposés pour faire admettre l'idée d'un hypo-fonctionnement thymique en se basant sur les épreuves biologiques proposées jusqu'à ce jour leur paraissent sans fondement sérieux.

Tout en reconnaissant la réalité du type clinique décrit par Paltauf, ils dénient donc tout rôle au thymus dans sa symptomatologie ou sa pathogénie, et pensent qu'il est plus clinique de parler de lymphatisme que de thymo-lymphatisme.

Le lymphatisme dans le domaine dermatologique. — MM. J. Gaté et P.-J. Michel (de Lyon) affirment leur conviction de l'existence d'un terrain particulier qu'à défaut d'autre terme plus précis on peut appeler lymphatisme. Cet état se distingue nettement de la scrofule, qu'ils considèrent après beaucoup d'autres comme une forme atténuée de tuberculose.

Les dermatoses sont fréquentes chez les lymphatiques et les auteurs soulignent la fréquence des infections cutanées, impétigo et pyodermites, de l'eczéma séborrhéique, de l'acné polymorphe et enfin des chéloïdes qui ont parfois une évolution torpide assez spéciale qu'on peut peut-être attribuer au terrain.

Ils ont trouvé souvent en pareil cas le métabolisme basal abaissé et insistent sur la nécessité de poursuivre de nouvelles recherches dans ce sens.

Il leur semble enfin que le traitement du lymphatisme par les procédés habituels a une influence très favorable sur l'évolution des dermatoses dont ils ont rappelé la fréquence au cours de cet état.

L'œil chez l'enfant lymphatique et scrofuleux. — MM. René Pierret et Gérard Lefebvre (de Lille) passent en revue les différents modes de réaction de la conjonctive hypersensible des lymphatiques aux atteintes extérieures.

Ils étudient particulièrement l'*ophtalmie phlycténulaire*, qu'ils considèrent comme une forme de tuberculose curable survenant sur un terrain lymphatique, en raison de la constance presque absolue de la cuti-réaction positive et de l'existence de lésions bilaires latentes décelables par la radiographie.

Les cures d'altitude et arsénicales leur semblent une indication formelle de pareils états pour lesquels la mer est formellement contre-indiquée en raison de la sensibilité des muqueuses au vent et à la poussière.

Réactions lymphatiques et syphilis congénitale. — M. E. Lesné et Mme Linossier-Ardoin, estiment que la syphilis, soit isolée, soit associée à la tuberculose, peut jouer un grand rôle à l'origine des adénites scrofuloïdes suppurées et fistulisées de la seconde enfance et des infections du tissu lymphoïde rhino-pharyngé par l'intermédiaire, dans ce dernier cas, du coryza chronique.

Son rôle est beaucoup moins évident dans les états lymphatiques, thymo-lymphatiques ou scrofuleux : il semble cependant que son action puisse se manifester indirectement par les insuffisances hépatique ou glandulaires qu'elle entraîne et par le caractère spécial qu'elle imprime aux infections qui évoluent sur son terrain.

Il sera donc bon de la rechercher systématiquement, ce qui n'est pas toujours aisé, et parfois seule l'épreuve du traitement montrera au clinicien qu'il est dans la bonne voie.

Lymphatisme et paludisme. — M. le professeur Gillot (d'Alger) a étudié systématiquement les rapports du paludisme et du lymphatisme et est arrivé à cette conclusion que le paludisme ne se retrouve jamais directement à l'origine ni du paludisme ni de la scrofule.

Le paludisme pur ne s'accompagne jamais en effet de

lésions hypertrophiques des ganglions, et les enfants nés de mères paludéennes sont seulement des tarés particulièrement sensibles à toutes les infections.

Les relations du lymphatisme avec d'autres états morbides. — M. le professeur GORTER (de Leyde) pense que le lymphatisme est un sous-groupe de la diathèse exsudative et constitue un trouble inné transmis héréditairement.

Il est indépendant de la scrofule, et de l'hydrolabilité de Finkelstein.

Il n'est lié ni à une avitaminose, ni à la suralimentation, ni à une infection prolongée, et dépend uniquement de troubles endocriniens dont le plus important est une insuffisance surrénale qui explique les troubles du métabolisme des graisses et du sucre ainsi que la prédisposition aux maladies allergiques.

Points de vue britanniques à propos du lymphatisme. — M. ALAN MONCRIEFF (de Londres) M. D. M. R. C. P. signale que le terme de lymphatisme est encore peu répandu en Grande-Bretagne et pense qu'on peut englober sous cette dénomination trois groupes morbides bien définis :

1° Une *hypertrophie thymique* associée à la *laryngite striduleuse* et à des *crises dyspnéiques*. La réalité de ce syndrome est d'ailleurs fortement contestée ;

2° Une *hyperplasie généralisée de tout le tissu lymphoïde* avec prédisposition à la mort subite. Mais une enquête récemment menée sur une grande échelle a permis de conclure à l'absence de toute relation effective entre l'hyperplasie lymphoïde et la mort subite ;

3° L'*hypertrophie amygdalienne associée aux végétations adénoïdes*, à un certain degré d'*anémie*, à un habitus spécial et à une sensibilité particulière aux infections cutanées et muqueuses. Ce troisième groupe est seul admis sans discussion, bien qu'on lui applique rarement l'épithète de lymphatisme. L'étiologie de ce groupe morbide est encore inconnue.

La lutte contre le lymphatisme en Belgique. — M. le professeur COHEN (de Bruxelles) fait l'historique de la lutte contre le lymphatisme en Belgique.

Les premiers efforts sont dus à l'initiative privée avec la création des colonies scolaires. Pendant la guerre, apparut l'Œuvre nationale de l'enfance, soutenue d'abord par la Fondation Rockfeller et reconnue ensuite par l'État, tout en gardant son indépendance.

Cette œuvre a créé, à côté des colonies de vacances qui restent prospères, un certain nombre de preventoria marins qui donnent des résultats satisfaisants, mais l'auteur souhaite qu'on puisse dans l'avenir faire également profiter ces enfants de cures arsenicales.

Le lymphatisme chez l'enfant en Italie. — M. le professeur COMBA (de Florence) s'étend particulièrement sur les rapports qui unissent le lymphatisme et les constitutions auxquelles l'école italienne attache une si haute importance. Il montre que le lymphatisme présente des aspects différents suivant la morphologie de l'enfant.

Il rappelle enfin la série des travaux italiens ayant eu durant ces dernières années trait au lymphatisme et donne un bref aperçu sur les cures climatiques et hydrominérales du lymphatisme en Italie.

TROISIÈME QUESTION :

Diagnostic du lymphatisme.

Diagnostic différentiel des états lymphatiques. — M. le professeur SUÑER (de Madrid) insiste sur le polymorphisme des accidents lymphatiques et sur les multiples problèmes diagnostics qu'ils soulèvent. La cutiréaction à la tuberculine lui paraît primordiale pour le diagnostic.

Cette réaction est, avec le classique facies scrofuleux, le meilleur moyen de diagnostic avec la scrofule qu'il considère comme une variété spéciale de tuberculose.

Seule la propension à la mort subite lui semblerait justifier la notion des états thymo-lymphatiques, et encore le diagnostic d'hypertrophie du thymus est-il trop souvent posé sur des interprétations radiologiques erronées.

Les diagnostics de maladie de Hodgkin et de tuberculose ganglionnaire se justifient assez facilement par les caractères cliniques habituels. Les anémies lymphoïdes ne sont le plus souvent que des formes frustes de leucémie qui jettent le masque à un moment quelconque de leur évolution. Quant à la leucémie lymphoïde, elle est aisément reconnue par l'examen de sang.

Diagnostic différentiel du lymphatisme. — M. le professeur OLMER et M. POINSO (de Marseille) fixent tout d'abord le cadre nosologique du lymphatisme, seul moyen rationnel pour permettre la discussion d'un diagnostic différentiel.

Les *lymphatiques gras* ne doivent pas être confondus avec :

1° Certains *insuffisants thyroïdiens* que l'on reconnaîtra aisément par la recherche des signes cliniques de myxœdème, par la mesure du métabolisme de base et par l'épreuve du traitement thyroïdien ;

2° Les *insuffisants hypophysaires* reconnaissables à leur retard de croissance avec obésité, leur atrophie génitale, leurs troubles oculaires et les lésions radiologiques de la selle turcique qu'ils présentent ;

3° Les *scrofuleux* qui seront reconnus grâce à la suppuration de leurs adénopathies laissant des cicatrices indélébiles ;

4° Le thymo-lymphatisme et l'ostéo-lymphatisme sont enfin des états intriqués dans lesquels la recherche de l'hypertrophie du thymus ou des stigmates osseux permettra un diagnostic exact.

Les *lymphatiques maigres* ne devront pas de leur côté être confondus avec :

1° Des *tuberculeux* dont il ne sera pas toujours aisé de les différencier par l'étude des clichés radiologiques et de la cuti-réaction ;

2° Des *hérédo-syphilitiques* chez lesquels les stigmates classiques imposent le diagnostic et justifient le traitement dont les résultats viendront lever tous les doutes ;

3° Des *leucémiques* ou des *lymphadéniques*.

D'ailleurs ce diagnostic est ordinairement facile et le seul point important est de faire un diagnostic étiologique duquel doit découler le traitement approprié.

QUATRIÈME QUESTION :

Traitement du lymphatisme.

M. le professeur GIRAUD (de Montpellier) montre que les indications crénothérapiques chez les lymphatiques sont

fonction de l'état de fond d'une part et des manifestations extérieures de la diathèse et de leurs caractères cliniques de l'autre. Il est donc nécessaire de faire un bilan complet des lésions avant de prendre une décision.

Les moyens dont dispose le thérapeute sont :

1° Les *cures arsenicales*, modificatrices de la nutrition, stimulantes et hémogènes, qui s'adressent à l'état de fond lui-même. Le type en est la cure de la Bourboule.

2° Les *cures chlorurées sodiques*, qui sont stimulantes et activent la résolution des adénopathies. Les eaux chlorurées sodiques fortes sont les plus indiquées ;

3° Les *cures sulfureuses*, surtout utiles en cas de lésion importantes des voies respiratoires supérieures.

Si on envisage les indications respectives de ces cures chez les différents malades, on voit que les cures arsenicales et chlorurées sodiques fortes conviennent aux lymphatiques simples sans complications. De simples nuances déterminent le choix entre les unes et les autres, et leur alternance est souvent désirable.

Les gros ganglions crus ou fistulisés sont plutôt justiciables des eaux chlorurées sodiques fortes; les infections purulentes des voies respiratoires supérieures appellent le soufre.

La Bourboule revendique par contre formellement l'hyperplasie adénoïdienne avant et après exérèse, l'asthme des lymphatiques, l'adénopathie trachéo-bronchique, les dermatoses sous tous leurs aspects.

Les résultats seront meilleurs si les cures sont précoces et répétées.

Les eaux arsenicales dans la cure thermale du lymphatisme.—M. le professeur agrégé E. Chabrol souligne dès les premières lignes de son rapport l'influence favorable des eaux arsenicales sur les réactions anormales des organes hématopoïétiques et les susceptibilités fort curieuses de l'ectoderme qui constituent le fond du tempérament lymphatique. Elles confèrent aux victimes de ce tempérament une immunité relative vis-à-vis des infections acquises ou héréditaires.

Il fait ensuite l'étude comparative des principales stations arsenicales d'Europe. Par sa teneur en arsenic, La Bourboule se place au troisième rang avec 6 milligrammes par litre ; elle contient en outre 5 gr,64 par litre de chlorure de sodium et 1 milligramme de bicarbonate de fer. Elle dispose ainsi d'un puissant ensemble d'agents solidaires dont il faut souligner les qualités de nuances, d'équilibre et de mesure, et qui la font accepter plus facilement par l'organisme que les eaux similaires de Roncegno, de Levico et de Bad-Turkheim.

Il faut ajouter que La Bourboule se place en tête de toutes les stations arsenicales d'Europe par sa radioactivité, et que, du point de vue climatique, elle réalise l'heureuse association d'une altitude de 857 mètres et d'une atmosphère lumineuse riche en ozone et en principes balsamiques.

L'auteur montre ensuite l'évolution de la cure du lymphatisme dans les stations arsenicales ; elles ont progressivement abandonné aux plages de l'océan et aux stations chlorurées fortes la scrofule et les tuberculoses chirurgicales pour recueillir toutes les formes de lymphatisme.

Il termine enfin par une étude sommaire des faits groupés sous le nom de crise thermale, qui touche étroitement dans sa pathogénie aux intéressants problèmes de désensibilisation progressive que réalise la thérapeutique de choc.

Le traitement du lymphatisme à La Bourboule. — M. Jean Anglada (de La Bourboule) précise les indications de La Bourboule dans la cure du lymphatisme et montre que le principe thérapeutique est fonction de la constitution chimique et physico-dynamique d'une solution colloïdale ionisée chlorurée sodique et arsenicale douée de propriétés bactéricides, anti-toxiques, désensibilisantes et phylactiques, qui ont été vérifiées chez l'homme et chez l'animal et qui concourent à la défense humorale et au mécanisme général de l'immunité.

Il précise ensuite les différentes techniques de cure et dissocie les effets précoces du traitement sans doute imputables au climat et les résultats tardifs qui prouvent la spécificité antilymphatique de la station.

Le mécanisme de la cure n'est qu'incomplètement expliqué par nos connaissances sur les sources, et il est nécessaire de faire intervenir un principe éphémère encore indéterminé et à propos duquel toutes les hypothèses sont permises.

Résultats obtenus chez les enfants envoyés de Paris à La Bourboule par l'Assistance publique. — MM. J. Hallé et P. Ferreyrolles apportent les résultats de la cure de La Bourboule chez 2 400 enfants envoyés durant ces douze dernières années par les soins de l'Assistance publique de Paris.

La plupart d'entre eux sont atteints d'affections respiratoires, bronchites à répétition, adénopathie trachéo-bronchique, asthme, etc., et les porteurs de manifestations ganglionnaires et cutanées sont les moins nombreux. On observe chez tous une amélioration rapide de l'état général facilement contrôlable, et qui persiste pendant plusieurs mois.

Mais il existe également une modification de l'évolution des différentes localisations morbides qui ont justifié la cure bourboulienne, comme ils ont pu s'en rendre compte par l'examen de 87 enfants asthmatiques, soignés à La Bourboule et dont ils ont pu retrouver les traces. Les crises s'espacent et deviennent plus légères, et les résultats sont encore plus satisfaisants après des cures successives. On peut arriver ainsi à la guérison complète et définitive de l'asthme infantile.

Lymphatisme et éducation physique.—M. L. Merklen (de Nancy) montre que le lymphatique doit être considéré comme un insuffisant respiratoire, soit par obstruction des voies respiratoires supérieures, soit par insuffisance du taux d'hémoglobine ou de vitesse de circulation, soit enfin par incapacité des tissus à utiliser l'oxygène qui leur est offert.

Il faudra lutter contre la première par des exercices d'éducation et de rééducation progressifs et contre les deux derniers par l'éducation physique générale. Une fois établie la cause de l'insuffisance respiratoire, la mise en œuvre du traitement approprié amène une très rapide amélioration, surtout s'il s'associe aux cures climatique et hydrominérale.

Communications.

Lymphatisme et oto-rhino-laryngologie. — Plusieurs communications ont eu trait aux rapports du lym-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

phatisme et des affections des voies respiratoires supérieures.

Le professeur Reverchon (de Lille) souligna la précocité et la fréquence des manifestations respiratoires du lymphatisme (nez du lymphatique et facies adénoïdien) qui restent toute la vie des stigmates indélébiles de l'affection.

M. Tramuset (de Reims) signala l'atrophie primitive du massif facial comme cause d'insuffisance respiratoire : c'est un diagnostic différentiel à envisager avec le lymphatisme.

M. Porez (de Lille) attira l'attention sur la nécessité de toujours joindre à l'adénoïdectomie un traitement général du lymphatisme pour éviter les récidives.

MM. Le Mée et A. Bloch étudient l'évolution des adénites secondaires à l'hypertrophie amygdalienne après amygdalectomie et signalent la possibilité de reprises infectieuses au niveau des ganglions, même sans atteinte nouvelle du tissu lymphoïde pharyngé. Ce fait contre-indiquerait dans une certaine mesure l'amygdalectomie chez les sujets encore indemnes d'atteinte ganglionnaire.

M. Leroux fait une étude d'ensemble de la toux pharyngée, qui ne peut survenir que chez des sujets prédisposés. Le lymphatisme est une des causes favorisantes essentielles qu'il conviendra de traiter au même titre que l'excitabilité pharyngée.

M. Soulas insiste enfin sur l'abondance et la stagnation des sécrétions bronchiques chez les adultes lymphatiques. La bronchoscothérapie lui paraît dans ces cas une thérapeutique utile et d'application facile.

M. Kœnig (d'Orléans) rappelle les principes du traitement des végétations adénoïdes par la radiothérapie.

Enfin MM. Valette et Clogne (de La Bourboule) ont recherché la cause des 8 à 10 p. 100 de récidives d'infections rhino-pharyngées qui se voient après la cure de La Bourboule, et ont pu faire diminuer cette proportion par la vaccinothérapie associée.

Quelques aspects particuliers du lymphatisme. — Le professeur Gaetano Boschi (de Ferrare) décrit sous le nom de lymphatisme neuro-méningé un état qu'il attribue au ralentissement de la circulation du liquide céphalo-rachidien et qui se caractérise par la céphalée et des troubles endocriniens.

Le professeur Cruchet (de Bordeaux) donne une double description du lymphatique au point de vue somatique et au point de vue psychique : les lymphatiques sont des sujets mous, pâtissant du moindre effort, mais susceptibles de réveil sous l'empire des circonstances.

M. Maurel (de La Bourboule) parle de l'adénopathie trachéo-bronchique et de l'asthme infantile chez le lymphatique.

M. Montant (de Paris) précise les points particuliers cliniques et anatomo-pathologiques de l'appendicite chez le lymphatique.

Enfin, M. Proby (de Lyon) fait une étude des manifestations lymphatiques de l'infection focale.

Diagnostic du lymphatisme. — MM. Armand-Delille et Lestocquoy montrent la nécessité de faire une radiographie précise du thorax chez l'enfant lymphatique, afin de ne pas méconnaître certaines lésions calcifiées anciennes et pour diriger vers un endroit approprié ceux qui présentent des lésions parenchymateuses en évolution.

M. Laurenti (de Nice) pense que la ptyalo-réaction Zambrini peut être utile dans le dépistage du lymphatisme.

Cures associées chez les lymphatiques. — M. Molinéry (de Luchon) insiste sur la nécessité d'avoir recours dans le traitement du lymphatisme à des cures thermales multiples qui chacune répondront à un besoin déterminé.

MM. Huber et Morras, M. de Chabanolle insistent chacun de leur côté sur les bienfaits de l'association de la cure d'altitude à la cure thermale dans le traitement du lymphatisme.

M. Barraud (de Châtelaillon) considère que le traitement de choix du lymphatisme est réalisé par l'association d'une cure arsenicale et d'une cure marine qui vient la compléter.

M. Armand-Delille insiste sur la nécessité de la culture physique et de l'héliothérapie pendant la durée de la cure hydrominérale.

MM. Pierret et Diffre (de La Bourboule) et Morras (de Villard-de-Lans) pensent que ce but est atteint par la gymnastique et le jeu surveillés en plein air, dans la tenue la plus légère.

Médecine sociale et lymphatisme. — M. Duvernoy (de Besançon) insiste sur le rôle du médecin inspecteur des écoles dans le dépistage précoce du lymphatisme, et sur la possibilité de réaliser facilement la rééducation respiratoire par la spirométrie.

M. P. Renault (de Paris) a pu établir avec une statistique de près de 3 000 cas que l'hérédo-syphilis n'est responsable que de 10 p. 100 environ des cas de lymphatisme et que ceux-ci frappent environ 20 p. 100 de la population scolaire.

M. Porez (de Lille) insiste sur les bienfaits de l'école de plein air dans le traitement préventif du lymphatisme.

Questions diverses. — M. Grodnitzky (de La Bourboule) précise les rapports entre le lymphatisme, la diathèse exsudative et la scrofule.

M. Dieudonné (de Cambo) discute de l'association du lymphatisme et de la bacillose : le pronostic est mauvais chez les lymphatiques gras, plus favorable chez les maigres.

MM. Godonnèche, Clogne et Mme Drilhon (de La Bourboule) montrent que l'ingestion de source Fenestre entraîne un relèvement du taux des hématies, un retour à la normale de la leucocytose et une amélioration du pourcentage globulaire.

M. Rochu-Méry (de Paris) expose ses conceptions pathogéniques sur le lymphatisme constitutionnel et acquis, et pense qu'il est à la base de beaucoup de petites misères pathologiques qui disparaissent ensuite par modification du terrain.

M. Jumon (de La Bourboule) rappelle les recherches récentes concernant le système lymphatique médiastinal et montre que le système lymphatique cervical ne peut communiquer avec le système médiastinal que par voie rétrograde, ce qui est exceptionnel, ou par l'intermédiaire d'un relais veineux.

M. Boudry (de La Bourboule) expose la morphologie du lymphatique et de l'arthritique et les oppose l'un à l'autre.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. Yahoub (de Paris) fait un exposé sur le lymphatisme en Turquie.

M. Faure-Beaulieu et Mlle Brun exposent enfin l'ensemble de leurs recherches sur les rapports du bacille de Koch et de la lymphogranulomatose maligne, maladie autonome du tissu réticulo-endothélial, et par conséquent proche du lymphatisme. Ils en concluent que la lymphogranulomatose est une forme atypique de bacillose, tant par les caractères du germe en cause que par sa localisation au tissu réticulo-endothélial.

Jacques Odinet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1934.

Action des ondes courtes sur le cœur isolé. — MM. Ch. Laubry, J. Tournier, J. Walser et L. Deglaude ont expérimenté sur le cœur isolé l'action des ondes de 20 mètres qui leur avaient donné des résultats intéressants dans le traitement de l'angine de poitrine. Ils n'ont observé, dans ces conditions, aucune modification du fonctionnement cardiaque. Ayant poursuivi les mêmes expériences en se servant d'ondes de 3 mètres fournies par un appareil spécialement construit par eux, ils ont obtenu des effets constants portant sur l'amplitude des battements cardiaques, sur le rythme et sur le délit coronarien.

Ces faits leur permettent d'avancer que les éléments constitutifs du myocarde, muets vis-à-vis des ondes courtes habituellement employés dans la pratique, sont influencés par des ondes nettement plus courtes.

Les auteurs ont ainsi mis en évidence le rôle important joué dans les réactions cardiaques par les phénomènes de résonance et d'induction.

A propos des accidents aigus provoqués par l'insolation. — M. Maurice d'Halluin (de Lille). (Note présentée par M. Zimmern.) La mort des rongeurs exposés au soleil est due à une action thermique. Les radiations du spectre visible transportent à elles seules assez d'énergie pour que leur transformation en chaleur détermine des accidents mortels, en particulier quand la capacité d'absorption de l'organisme est augmentée par des substances photosensibilisantes. Ces considérations expliquent la pathogénie de l'insolation et sont importantes à retenir dans la pratique de l'héliothérapie.

Action curative du sérum antistreptococcique de Vincent dans un nouveau cas de septicémie à streptocoques. M. Sollier.

Existence dans l'encéphale des rats de Saïgon d'un virus rappelant le virus du typhus exanthématique. — MM. Mesnard et Delboye.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 avril 1914.

Volumineux méningiome de la région pariéto-temporale droite chez une petite fille de neuf ans. Opération. Guérison. — MM. T. de Martel et J. Guillaume présentent une petite fille de neuf ans, chez laquelle ils ont pratiqué, il y a un mois, l'ablation d'un méningiome de 230 grammes développé dans la région pariéto-temporale droite.

La localisation ne put être établie que par ventriculographie, cette tumeur ne déterminant malgré son volume aucun syndrome focal d'ordre neuro-ophtalmologique.

Les auteurs insistent sur la rareté des méningiomes chez l'enfant, et sur le résultat opératoire obtenu malgré le volume de la lésion.

Astrocytome kystique du cervelet. — M. Oberling projette les coupes d'une tumeur du cervelet enlevée par M. de Martel chez un jeune malade, âgé de cinq ans, que lui avait confié M. Alajouanine. Il s'agit d'un astrocytome développé sur une malformation congénitale.

Les lésions cérébro-spinales de l'encéphalite morbilleuse. — MM. L. Babonneix, J. Lhermitte et J.-O Trelles présentent l'étude histologique d'un cas d'encéphalite survenu au cours de la rougeole. On constate des lésions diffuses caractérisées par la prolifération de la névroglie périvasculaire, la dégénérescence en aires des neurones et des fibres myéliniques, des altérations vasculaires. Trois faits méritent d'être soulignés : les altérations profondes de l'olive bulbaire, la dégénération métachromatique des cellules gliales, les lésions poliomyéli tiques. Le processus histologique s'accuse par un double caractère : dégénératif sur les neurones et la névroglie, inflammatoire sur le réseau vasculaire.

Les auteurs insistent sur la ressemblance anatomique de l'encéphalomyélite post-éruptive avec la neuromyélite optique.

Les plaques séniles du diencéphale. — MM. J. Lhermitte et J.-O. Trelles. — La lésion connue sous le nom de « plaque sénile » est d'observation commune dans le cortex cérébral ; les auteurs rapportent un cas où, chez une femme de quatre-vingt-huit ans, les plaques se montraient d'une extrême abondance dans l'infundibulum, le tuber et les parois du IIIe ventricule. Les éléments des noyaux végétatifs étant respectés, cette altération n'avait entraîné, pendant la vie, aucun trouble grave.

Un cas d'encéphalite pseudo-tumorale. — M. J. Barré (de Strasbourg) relate l'observation d'un homme qui présentait un syndrome de tumeur cérébrale bien caractérisé : céphalées violentes sans vomissements, stase papillaire bilatérale, hypertension du liquide céphalorachidien avec dissociation albumino-cytologique, hémiparésie droite sans signe d'irritation. La ventriculographie ne permettait pas d'injecter le ventricule droit.

Le malade ayant refusé catégoriquement l'intervention, on eut la surprise de voir disparaître peu à peu tous les symptômes. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, et la ventriculographie permet d'injecter les deux ventricules. La guérison apparente se maintient depuis six mois.

MM. Dereux (de Lille), Alajouanine rapportent des observations analogues.

M. Chavany fait remarquer la rareté relative de telles observations ; il n'est pas rare de voir se développer secondairement une tumeur dans de tels cas.

Sur le signe d'Argyll-Robertson. — MM. Haguenau

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

et LEDOUX-LEBARD, à propos de deux observations qu'ils rapportent, montrent qu'il ne faut pas confondre perte du réflexe photomoteur et signe d'Argyll-Robertson et qu'en particulier le myosis est un élément essentiel du signe. Cette notion, qui n'a pas été perdue de vue par les auteurs anglo-saxons, n'est pas classique en France. Dans la plupart des observations où le signe d'Argyll-Robertson a été signalé, en dehors de la syphilis, il ne s'agissait pas en réalité du véritable signe d'Argyll-Robertson tel qu'il a été décrit par cet auteur.

A ce propos, les auteurs rappellent les caractères essentiels donnés par Argyll-Robertson à sa pupille. Ils montrent aussi que l'association avec un syndrome de Claude-Bernard-Horner peut tromper en créant du myosis par excitation sympathique directe.

On ne tient pas toujours assez grand compte de ces faits lorsque l'on décrit des signes d'Argyll-Robertson non syphilitiques dans de multiples affections, ramollissements, tumeurs, traumatismes, etc. Or, si l'on parle du véritable signe d'Argyll-Robertson *qui s'accompagne en particulier, toujours de myosis*, il semble que l'on puisse se rattacher aux conclusions déjà anciennes de Babinski et Charpentier, et considérer le signe d'Argyll-Robertson comme presque pathognomonique de la syphilis ; il conserve une valeur étiologique de premier ordre

MM. GUILLAIN, BAUDOUIN, ALAJOUANINE, GARCIN discutent la conception émise par M. HAGUENAU, et la valeur des troubles papillaires qui échappent à la définition originaire, très précise et très étroite, d'Argyll-Robertson lui-même.

Les méninges péri-hypophysaires. Leurs rapports avec l'hypophyse. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER ont repris l'étude embryologique des méninges péri-hypophysaires. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° A la constitution de l'espace péri-hypophysaire intrasellaire, concourent le périoste, le tissu sous-dure-mérien le réseau de subdivision de la dure-mère et le feuillet pie-mérien de la méninge molle ;

2° La dure-mère se continue directement, dans la région hypophysaire, avec la couche pie-mérienne (sousnerveuse) de la méninge molle. La région hypophysaire semble donc un lieu d'élection pour l'étude embryogénétique des méninges ;

3° La *pars tuberalis* est une formation intrapie-mérienne.

4° Le tissu conjonctif intra-hypophysaire se continue directement avec le tissu pie-mérien et avec le tissu péri-hypophysaire intra-sellaire ;

5° Aux stades embryologiques étudiés, il n'y a pas d'espace arachnoïdien péri-hypophysaire à proprement parler, mais le réseau arachnoïdien s'insère directement sur la couche fibrillaire continue qui constitue la limite supérieure du réseau péri-hypophysaire ;

6° La capsule fibreuse de l'hypophyse se différencie secondairement aux dépens du tissu péri-hypophysaire, et par conséquent la pie-mère prend part à sa constitution ;

7° Certaines travées cellulaires du lobe intermédiaire accompagnent la branche intermédio-hypophysaire du sinus de Brander jusque dans l'espace péri-hypophysaire.

Chorée fibrillaire de Morvan. — M. POROT (d'Alger) apporte une observation ancienne, mais inédite, de cette affection.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1934.

Cas de dentiers dans l'œsophage thoracique et abdominal. — M. A. SOULAS, à l'occasion de 5 cas de dentiers déglutis, fait observer la gravité de ces corps étrangers mais aussi l'importance pronostique de la localisation et également de certaines manœuvres inopportunes. Le dentier dans « l'œsophage thoracique » est un cas relativement favorable et simple qu'il ne faut pas compliquer par une attente illogique ou par un essai de migration ; le désenclavement étant, non pas une méthode, mais une simple manœuvre destinée à faciliter l'extraction. Si le dentier se trouve dans le segment « phréno-cardiaque », localisation exceptionnelle mais défavorable, la conduite à tenir la meilleure est l'extraction par voie gastrotomique, à condition de ne pas suturer immédiatement la plaie.

Zona et lésions inflammatoires médullaires. — M. J. LHERMITTE. — L'herpès zoster s'accompagne, dans la règle, de lésions inflammatoires de la substance grise avec dégénération des cellules et des fibres nerveuses. Ces lésions s'étendent en haut et en bas en dehors des limites du myélomère répondant à l'éruption zostérienne et parfois diffusent du côté opposé. Ces lésions expliquent bien des complications et des symptômes du zona telles que les paralysies, les amyotrophies, les anesthésies à distance ; elles rendent compte aussi de la survenance d'accidents plus rares : les monoplégies et les hémiplégies.

Traitement de la pseudarthrose de l'humérus par implantation de greffes parcellaires. — M. DUPUY DE FRENELLE, en présence d'une pseudarthrose de l'huméru,s lorsque la véritable opération par greffe d'Albee n'est pas possible, est partisan de tenter la cure de la pseudarthrose par un procédé très simple et inoffensif qui consiste à planter dans l'espace interfragmentaire, et dans l'extrémité de chaque fragment, une série de petits greffons osseux. Pour pratiquer cette plantation, Dupuy de Frenelle utilise des trocarts en entonnoir. Dans le cas où il a appliqué ce traitement, l'auteur n'a pas observé de guérison vraie de la pseudarthrose, mais il a pu constater un renflement des fragments osseux au niveau où ils ont été greffés. Il parle ensuite de la préparation du sujet, préparation qui permet à l'opérateur de prendre une connaissance plus exacte et plus précise de la topographie des fragments et de l'espace interfragmentaire pour y implanter les greffes.

Variation de l'indoxyle urinaire sous l'influence de la cure de Vittel. — M. SCHNEIDER, après avoir insisté sur l'importance du dosage de l'indoxyle urinaire, montre qu'en thérapeutique hydrologique l'indoxyle augmente brutalement au début de la cure pour diminuer par la suite plus ou moins lentement. Il en est de même, semble-t-il, des acides organiques intestinaux. Quant à l'ammoniaque intestinal, il baisse, lui, au contraire. L'action est donc incontestable sur l intestin, s'expliquant peut-être par une augmentation de perméabilité du gros intestin

La pression artérielle chez les femmes enceintes et sa haute valeur pratique. — M. LE LORIER communique les résultats de plus de dix années d'observations en série de la tension artérielle maxima chez toutes les femmes enceintes soumises à son observation directe, résultats qui

confirment entièrement ceux qu'il avait publiés en 1923 ; utilité de prendre en considération les moindres élévations de la tension maxima. Fixation de la maxima normale à 12,5 (méthode de Riva-Rocci et palpatoire), zone d'alarme de 13 à 15, zone dangereuse à partir de 15 ; nécessité de rechercher avec un soin égal tous les autres signes de toxémie, la tension artérielle pouvant n'être nullement influencée par cette dernière ; utilité de mettre au traitement diététique toute femme enceinte dès qu'elle entre dans la « zone d'alarme ».

Avoine et asthénie. — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a présenté un travail concernant les premiers résultats obtenus dans le traitement des diverses formes de l'asthénie par les principes excito-toniques de l'avoine. Jusqu'à présent, on ne s'était occupé que des propriétés nutritives du gruau et de la farine d'avoine. Les principes actifs qui confèrent à l'avoine sa valeur énergétique dans l'alimentation du cheval sont tout différents des composants nutritifs. Présentés sous une forme concentrée et stable, ces éléments sthéniques ont donné les meilleurs résultats dans diverses formes d'adynamie nerveuse musculaire et en général dans les cas de dépression. Produit naturel, l'extrait total de l'avoine est dénué de toxicité et présente un progrès sensible sur les médications usuelles.

Présentation d'un nouvel appareil pour anus artificiel. — M. CAMBIES présente un appareil inventé par un malade et modifié suivant ses indications ; c'est un appareil universel s'adaptant à tous les malades comprenant : 1° *un appareil obturateur* permettant la sortie des gaz qui, après passage au travers de al chambre des gaz gagnent l'extérieur par un orifice de clapet ; 2° *un appareil récepteur des matières* se vissant à la place du précédent appliqué à des heures variables, quand le malade sent le besoin d'aller à la selle. Le récepteur comprend *une grille métallique* garnie de caoutchoucs permettant le passage des matières, mais s'opposant à la hernie de la muqueuse. Il existe un modèle spécial à volet mobile dans les cas d'anus à double orifice.

Cet appareil est parfait, étanche, les matières et gaz ne peuvent passer entre la peau et l'appareil, il évite, grâce au clapet, la mauvaise odeur.

Séance du 26 mai 1934.

Support pour le masque d'Ombrédanne. — M. A. HIRCHBERG présente un support construit sur ses indications par M. Collin, lequel a pour but de faciliter la tâche de l'anesthésie et de supprimer la fatigue manuelle qui suit les opérations prolongées et qui est due au poids du masque. Le support se fixe sur l'anneau de Kocher, le masque pouvant être placé facilement dans les plans vertical ou horizontal suivant la position du malade.

Gros lipome pelvi-fémoral passant par le trou obturateur et venant faire saillie à la face antéro-interne de la cuisse gauche. Extirpation par la voie fémorale et laparotomique. — M. DARTIGUES présente l'observation d'une femme de quarante et un ans ayant vu apparaître cette tumeur à la suite d'un accident d'automobile ayant occasionné une violente contracture à la racine de la cuisse. On hésita entre une hernie obturatrice, peut-être un sarcome, un hématome, un abcès froid, une hernie musculaire, un lipome profond. La tumeur, du volume du poing et pesant 130 grammes, a été extraite très difficilement. Il a fallu recourir à la voie laparotomique et fémorale combinée, la tumeur passant par le trou obturateur et disposée en bissac, ayant une partie fémorale et une partie pelvienne. L'examen pratiqué montre qu'il s'agit d'un lipome pur. Le cas est intéressant par le diagnostic, par l'étiologie, la symptomatologie douloureuse qui a disparu après l'opération, et la rareté grande du cas.

Nouveaux perfectionnements techniques du forage de la prostate. — M. GEORGES LUYS rappelle qu'il a pratiqué le forage de la prostate depuis vingt-cinq ans avec son cystoscope à vision directe, tout d'abord au moyen du galvanocautère, plus tard avec l'électro-coagulation ; actuellement il emploie avec succès les nouveaux courants électriques coupants qu'utilise le bistouri électrique, qui sont dénommés « ondes entretenues ». Mais à ceux-ci doivent être adjoints les courants électro-coagulants nommés « ondes amorties ». L'intime alliance des courants coupants et coagulants, attentivement dosés, permet de couper, sous la vue, par voie endoscopique, les plus gros morceaux de prostate sans être arrêté par l'hémorragie. L'action thérapeutique du forage de la prostate peut s'étendre aux prostates, dont le volume dépasse la moyenne, et le temps d'hospitalisation est beaucoup moins long. En résumé, ce nouveau perfectionnement permet d'assurer au forage de la prostate la prépondérance sur toutes les autres méthodes d'intervention dans la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie de la prostate.

Etat de mal convulsif chez un enfant. Résultat heureux de l'abcès de fixation. — M. G. BLECHMANN rapporte l'observation d'une fillette de trois ans et demi, atteinte de convulsions depuis un an. Après une varicelle, les crises se rapprochent, deviennent subintrantes, puis l'enfant présente un véritable état de mal convulsif avec fièvre élevée et coma. Aucune médication n'ayant apporté de sédation, on pratique un abcès de fixation. La mort semble imminente quand l'abcès térébenthiné commence à poindre ; c'est alors que la situation s'améliore, la température s'abaisse, les convulsions deviennent moins fréquentes et l'enfant est moins obnubilée. L'abcès est incisé et les convulsions s'arrêtant ; quatre jours après l'injection de térébenthine, la petite malade était redevenue à peu près normale.

A propos de l'extraction sous-endoscopique des épingles de sûreté de l'œsophage. — M. GUISEZ, dans sa statistique générale concernant les corps étrangers œsophagiens, reconnaît que l'épingle de sûreté est, chez les nourrissons, un des plus fréquents. L'épingle du bavoir s'ouvre et l'enfant l'avale. Il s'agit souvent d'enfants très jeunes, trois mois, quatre mois, cinq mois. Presque toujours l'épingle est ouverte, pointe en haut. Si on se hâte de l'extraire dès qu'on l'aperçoit, la pointe perfore la paroi œsophagienne, d'où accidents médiastinaux. Il est facile de tourner cette difficulté soit en introduisant la pointe dans la lumière du tube, soit en utilisant le ferme-épingle de l'auteur. En suivant une technique précise, Guisez n'a eu à enregistrer aucun insuccès sur une vingtaine de ces cas extraits sous endoscopie dans ces quinze dernières années.

Rétrécissement de l'œsophage. — M. GEORGES ROSENTHAL signale les travaux de Soupault qui préconise la section musculaire du cardia pour la guérison des

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

structures du cardia. Cette opération chirurgicale aléatoire et dangereuse ne sera à envisager que s'il y a échec des manœuvres par voie directe étudiée particulièrement à la Société par Guisez.

Séance du 23 juin 1934.

Hydrocéphalie chez un nourrisson. — M. SEDILLOT, à propos de la communication de M. Blechmann, signale les bons résultats qu'il a obtenus dans un cas de ce genre à la suite de la pose d'un séton à demeure de la région deltoïdienne et du port d'un bonnet spécial destiné à augmenter la tension intracranienne. En trois mois le tour de tête n'a augmenté que de 2 centimètres au lieu de 7 centimètres les trois mois précédents malgré le traitement spécifique. Et surtout le liquide céphalo-rachidien a progressivement perdu tout caractère inflammatoire. Le processus inflammatoire qui provoquait l'hypersécrétion des méninges semble donc s'être éteint.

G. LUQUET.

REVUE DES REVUES

Le dinitrophénol (R. RIVOIRE, **Presse médicale**, 12 mai 1934).

Le dinitrophénol, récemment introduit en thérapeutique, s'annonce comme une intéressante acquisition, issue des travaux de Mayer, Magne et Plantefol, poursuivis pendant quinze ans au Collège de France, et condensés en 1931 dans un numéro spécial des *Annales de physiologie*.

Ces travaux ont été portés sur le plan de la clinique, aux Etats-Unis d'abord, où une large expérimentation fut entreprise par Cutting, Mehrtens et Tainter, à qui le dinitrophénol parut un excellent remède de l'obésité.

Le dinitrophénol est un toxique ; administré à la dose de 10 centigrammes par kilo, il détermine chez le chien une polypnée croissante et une élévation de température pouvant atteindre 45°. Cette hyperthermie est liée à une augmentation des oxydations cellulaires : l'oxygène brûlé passe de 100 centimètres cubes à 1 litre par minute, l'émission calorique passe de 2 calories 5 à 30 calories par heure et par kilo.

Avec une dose 10 fois plus faible, la polypnée disparaît, mais l'hyperthermie subsiste. Avec une dose encore trois fois plus faible (3 milligrammes par kilo), plus d'hyperthermie, mais la mesure des échanges gazeux montre une hausse de 30 à 50 p. 100 du métabolisme basal.

Fait remarquable : plusieurs petites doses mithridatisent en quelques jours contre des doses plusieurs fois égales à la dose mortelle, sans que le dinitrophénol ait rien perdu de son action sur le métabolisme basal.

Les travaux du professeur Mayer ont montré le mécanisme de l'action du dinitrophénol : l'hyperthermie est d'origine tissulaire, et non liée à une altération du système thermo-régulateur ; elle n'est pas due non plus à un travail musculaire (tétanisation). La stimulation du métabolisme se localise surtout dans les muscles. On constate une forte diminution du glycogène musculaire, indiquant une oxydation intense des glucides. Les lipides sont également brûlés, et, dans une proportion moindre, les protides. Mais le dinitrophénol ne modifie que l'intensité de ces oxydations, et non le processus, qui reste normal.

Parmi les dinitrophénols, seuls sont actifs ceux qui possèdent un groupement NO^2 en para ; ce groupement azoté en para se retrouve dans plusieurs composés organiques oxydo-stimulants, dont la thyroxine.

L'action du dinitrophénol est la même chez l'homme que chez l'animal : à la dose de 3 à 5 milligrammes par kilo, il élève le métabolisme basal de 20 à 40 p. 100 sans modifier la température, le pouls ni la respiration, même après deux mois de traitement, et sans provoquer de troubles sympathiques comme la thyroxine.

Au-dessus de 5 milligrammes par kilo apparaissent des sueurs copieuses, au-dessus de 10 milligrammes survient l'hyperthermie. Des cures régulières déterminent un amaigrissement d'un kilo par semaine environ.

La meilleure technique d'administration du médicament semble être de commencer par 75 milligrammes par jour, et d'augmenter progressivement jusqu'à la dose donnant un résultat suffisant. Des doses relativement fortes « ne semblent pas très toxiques, puisqu'une malade a pu absorber 54 grammes de dinitrophénol en cent vingt-cinq jours sans autre incident qu'un amaigrissement de 22 kilos ».

Le dinitrophénol semble donner des résultats très constants : sur 113 obèses, 10 p. 100 n'ont obtenu que des résultats insuffisants. Les autres perdirent de 4 à 22 kilos sans aucune restriction alimentaire.

Dans 6 p. 100 des cas, des incidents interrompent le traitement : le plus fréquent est une éruption urticarienne de nature allergique, sans gravité. Plus rare est une curieuse altération du sens gustatif, qui fait perdre temporairement la distinction du salé et du sucré. Plus rare encore une légère coloration jaune des téguments, nullement liée à une atteinte hépatique.

Il ne semble pas y avoir de contre-indications formelles au dinitrophénol. Les auteurs américains n'ont pas constaté d'intolérance chez les albuminuriques et les hypertendus. La prudence s'impose chez les diabétiques.

Le danger le plus sérieux réside dans les erreurs de dosage : tel ce médecin de San Francisco qui absorba 5 grammes de dinitrophénol au lieu de 5 grains et mourut en quelques heures.

Le dinitrophénol a sur la thyroxine l'avantage d'être moins coûteux, et de stimuler le métabolisme sans déterminer aucun trouble d'hyperexcitation sympathique. Si donc le dinitrophénol est préférable à la thyroxine dans les obésités non thyroïdiennes, celle-ci garde son avantage dans les obésités dues à une insuffisance thyroïdienne. D'autre part, sa toxicité rend le contrôle médical indispensable. Enfin, le dinitrophénol est un médicament trop récent pour qu'on puisse déterminer exactement dans quelles limites il peut supplanter la thyroxine.

D'autres corps, de la même famille chimique, actuellement à l'étude, permettront sans doute de réaliser des progrès dans cette nouvelle voie.

NOUVELLES

Le Congrès de la colibacillose, des infections et des intoxications d'origine intestinale (*Châtel-Guyon, 23 et 24 septembre* 1934). — Nous rappelons que ce Congrès, organisé par la Société des médecins de Châtel-Guyon et la Société des eaux, en collaboration avec les principaux groupements de la station, aura lieu les dimanche 23 et lundi 24 septembre 1934.

Ces journées médicales ont été placées sous la présidence d'honneur des professeurs Achard, Legry et H. Vincent, de l'Académie de médecine.

Le professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, a bien voulu accepter la présidence générale du Congrès.

Les différentes sections auront comme présidents :

Section médicale : professeur J. Castaigne.

Section chirurgicale : professeur Heitz-Boyer.

Section de thérapeutique : professeur M. Lœper.

Section d'hydrologie : professeur Villaret.

Vice-présidents : MM. les professeurs d'hydrologie et directeurs des Instituts d'hydrologie des Facultés et Écoles de médecine de France.

Rapporteurs : Professeur Heitz-Boyer (de Paris) : Le syndrome entéro-rénal.

Professeur R. Debré (de Paris).

Professeur Brulé et Dr Garban (de Paris) : Retentissement hépato-biliaire des affections intestinales.

Professeur Chiray (de Paris) et professeur Lebon (d'Alger) : Les intoxications d'origiue intestinale.

Professeur Guy Laroche (de Paris) : L'indoxylurie au cours des affections intestinales.

Dr Goiffon (de Paris) : Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires.

Professeur Mouriquand (de Lyon) et Mlle Schœn : Infections colibacillaires chez l'enfant.

Professeur Laporte et Dr Planque (de Toulouse) : Les troubles nerveux des affections intestinales.

Professeur Vaucher et Dr Kabacker (de Strasbourg) : Les septicémies colibacillaires.

Professeurs Chauvin et Jean Péri (de Marseille) : Les localisations génitales du colibacille chez l'homme.

Professeur A. Guillemin (de Nancy) : Colibacillose et gynécologie.

Dr Desgeorges (de Vichy) : L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques.

Professeur Damade (de Bordeaux) : Thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales.

Professeur Duhot (de Lille) : Thérapeutique hydrominérale des infections et des intoxications d'origine intestinale et de leur retentissement sur l'organisme.

Communications. — Adresser dès maintenant et jusqu'au 20 septembre au secrétariat général les demandes de communication en indiquant leur objet et dans quelle section on désire être inscrit. Le texte sera remi au secrétaire général à l'issue de chaque séance. Il devra comporter au maximum quatre pages dactylographiées, de huit mots en moyenne à la ligne et de vingt-quatre lignes par page.

On y joindra un résumé de dix lignes en dix exemplaires, destiné à la presse.

Inscriptions au Congrès. — Seront inscrits comme *membres titulaires* : les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux des villes de Faculté ou d'École de médecine, les pharmaciens. Les membres titulaires peuvent faire inscrire leurs femmes et enfants non mariés comme membres associés. Les étudiants en médecine sont inscrits dans cette catégorie.

Le prix de la cotisation est fixé à 50 francs pour l'une et l'autre catégorie de congressistes. Elle doit être envoyée en même temps que l'adhésion, *au secrétariat administratif du Congrès, M. Juin, Châtel-Guyon.*

Voyage et logement. — Les grandes Compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder le demi-tarif pour le trajet direct aller et retour des membres du Congrès. Adresser demande (jointe au bulletin d'adhésion) au secrétariat du Congrès, avant le 10 septembre.

Les hôtels de Châtel-Guyon feront bénéficier les congressistes d'un tarif uniforme, réduit, qui sera, pour chaque journée, de 40 francs dans les hôtels de premier ordre et 30 francs pour les autres hôtels.

Réceptions et distractions. — Les organisateurs du Congrès invitent tous les membres titulaires et associés au banquet général qui aura lieu le lundi 24 à 19 h. 30, ainsi qu'à une représentation lyrique au théâtre de Châtel-Guyon. Des thés et des excursions seront offerts aux membres associés par le Comité des dames.

Il est prévu pour le mardi 25 des excursions en Auvergne, suivant un programme comportant, en outre, un certain nombre de promenades gratuites et qui sera communiqué prochainement.

Renseignements. — Dr P. Balme, secrétariat général du Congrès de Châtel-Guyon, Les Grands Thermes, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).

IIe Congrès national des médecins amis des Vins de France, organisé par la Section méridionale des Médecins amis des Vins de France et par l'Association de propagande pour le vin, sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, président du Conseil des ministres, et la présidence effective de M. Queuille, ministre de l'Agriculture. — L'organisation du Congrès, qui doit se tenir en octobre prochain à Béziers, bat son plein, et qu'il s'agisse du monde officiel, du monde médical, du monde scientifique, les diverses personnalités sollicitées lui accordent avec empressement leur concours le plus désintéressé.

Nous avons aujourd'hui le plaisir d'annoncer que M. Gaston Doumergue, président du Conseil, accepte la

NOUVELLES *(Suite)*

présidence d'honneur de ce Congrès, et que, par arrêté du 11 mai 1934, M. le Dr Queuille, ministre de l'Agriculture, a été autorisé par le Conseil des ministres à présider cette manifestation dont la portée ne saurait échapper à quiconque s'intéresse à notre viticulture nationale.

De leur côté, le Conseil général de l'Hérault, la ville de Béziers, la Chambre de l'Agriculture de l'Hérault, la Xe région économique, la Chambre de commerce de Béziers, les grands organismes tels que : la C. G. V., la Fédération méridionale des Vins et Spiritueux, le Comice agricole de l'arrondissement de Béziers, la Société centrale d'Agriculture, la Société départementale d'encouragement à l'agriculture, la Société archéologique, la Société d'horticulture, le Syndicat d'initiative et toutes les associations viticoles, commerciales et industrielles de la région, soutiennent l'effort des animateurs de ces assises de la science et de l'expérience médicales, au cours desquelles des hommes de foi viendront, avec une autorité incontestée, proclamer les bienfaits du raisin, du jus, de raisin et du vin, pour le plus grand profit de l'humanité.

Le IIe Congrès des médecins amis des Vins de France écrira certainement dans l'histoire une page inoubliable.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat permanent, 72, allées Paul-Riquet, Béziers.

Université de Besançon. École de médecine. Cours de vacances d'anatomie. — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'École de médecine de Besançon ouvrira le 16 septembre et se terminera le 15 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au Dr Duvernoy, professeur d'anatomie, École de médecine, Besançon.

VIIIe Bal de la Médecine française. — A l'occasion du VIIIe Bal de la Médecine Française, la F.E.M. a reçu des dons des Laboratoires suivants : Astier, Comar, Chambre Syndicale Produits Chimiques, Famel, Lobica, Odinot, Plantier, Régier, Roussel, Société Expansion Chimique, Midy, Boucard, Choay, Houdé, Oberlin, Robin, Biochimie Médicale, Condou et Lefort, Letulle, Nativelle, Tricalcine, Zizine, Ciba, Catillon, Hépatrol, Peptofer Jaillet, Robert et Carrière, Bailly, Beugué, Carrion, Corbière, Fournier, Freyssinge, Heudebert, Leprince, Nestlé, Uvé, Asceptor, Brunot, Bruneau, Brunet, Buriat, Cantin, Caillaud, Churchill, Carron, Chassaing, Camuset, Daguin, Dausse, Deglande, Deslandre, Despruneaux, Détensyl, Dumesnil, Dryco, Edistol Dufour, Escouflaire, Galbrun, Gemet, Joglane, Kaobrol, Lambiotte, Lauriat, Leniforme, Lebrun, Médecine Expérimentale, Morellet, Mouneyrat, Opocalcium Rançon, Office Vulg. Pharm., Progil, Réaubourg, Rosa, S.I.T.S.A., Santhéose, Salantale, Templier, Villette, Wander, Ampho-Vaccin, Biomarine, Caillaud, Coirre, Debat, Fer-Ovarine, Fluxine, Guillaumin, Girard et Sondan, Gallier, Jacquemaire, Lematte et Boinot, Lacombe, Path. Gén. de Paris, Prunier, Rhemda, Tillier, Vigier et Huerre, Verticurine, Adrian, Duriez, Krauss, Le Gros, Beytont, Cambéol, Moser, Drapier, Chloral Bromuré Dubois, Élixir Ducros ainsi que la Cie de Vichy et de la Société Française Eaux Minérales.

Les Laboratoires Cortial se sont chargés de la publicité auprès du corps médical et ont pris l'initiative de l'établissement du très beau programme de la soirée qu'ils ont réalisé avec les Laboratoires Camuset, Couderc, Ranson, Réaubourg, Robert et Carrière, Rogier, Zizine.

M. Bottu a donné pour la tombola 200 exemplaires de son « Voyage en Afrique ».

La F. E. M. remercie vivement tous ces donateurs.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

5 AU 18 AOUT. — *Saint-Moritz* (*Suisse*). Cours international de haute culture médicale de la fondation Tomarkin (secrétariat, via Marco Minghetti, 17, à Rome).

6 AOUT. — *Coq-sur-Mer*. Leçons sur la chirurgie de l'appareil moteur à la Clinique médicale par M. le Dr DELCHEF.

11 AOUT. — *Paris*. Faculté de médecine. Fermeture de la bibliothèque.

16 AOUT. — *Clermont-Ferrand*. Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

26 AOUT. — IIIe Voyage Pyrénées-Océan.

27 AOUT. — Départ du Voyage « La Passion à Oberammergau ».

27 AOUT. — *Québec*. Congrès français de médecine.

2 SEPTEMBRE. — *Paris*. Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 SEPTEMBRE. — *Paris*. Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 AU 5 SEPTEMBRE. — *Chamonix*. Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 SEPTEMBRE. — *Venise*. Congrès international d'électro-radio-biologie.

23-24 SEPTEMBRE. — *Châtel-Guyon*. Congrès de la colibacillose, des infections et des intoxications d'origine intestinale.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ

Aix-les-Bains, 28 *juin-1er juillet* 1934 (1).

La Conférence du Rhumatisme chronique progressif généralisé s'est ouverte le 28 juin à Aix-les-Bains, sous la présidence de M. le professeur Bezançon, de Paris.

La séance inaugurale eut lieu dans la salle de théâtre du Grand Cercle : M. le Dr Rey, président de la Société médicale d'Aix-les-Bains, souhaita la bienvenue aux 350 congressistes ; M. le sénateur Mollard, maire d'Aix-les-Bains, dit l'honneur que trouvait sa cité en recevant tant de hautes personnalités médicales, et Sir William Wilcox parla au nom des représentants des vingt-deux nationsparticipant aux travaux de cette conférence. M. le Dr P.-M. Weil, secrétaire général de la Conférence, fit un historique détaillé des difcfiultés qui durent être surmontées pour doter la station d'Aix-les-Bains d'un établissement digne de la clientèle mondiale qui y afflue ; enfin, M. Campion, préfet de la Savoie, ouvrit les travaux de la Conférence en présentant les excuses du ministre de la Santé publique retenu à Paris par les devoirs impérieux de sa charge.

Le discours d'ouverture fut prononcé par M. le professeur Bezançon, président de la Conférence. Il s'attache à souligner les origines empiriques de la plupart des traitements thermaux et les erreurs d'interprétation sur l'efficacité de ces traitements, d'où découlèrent le plus souvent 'édification de théories puériles. Mais aujourd'hui, grâce à une science mieux comprise, l'empirisme a fait place à un traitement rationnel qui nous explique les heureux résultats qu'on observe au cours des cures thermales et tout spécialement à Aix-les-Bains avec la douche-massage sous l'eau. M. le professeur Bezançon attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur le complexe thérapeutique des eaux thermales et sur la nécessité de pousser toujours plus avant des études bien conduites pour retirer du traitement hydrothermal le maximum des résultats. En terminant, l'orateur fait l'éloge du naturisme si en faveur en Grèce et à Rome et dont le thermalisme est une des formes les mieux comprises. Enfin, une conférence remarquable en tous points et fort applaudie fut faite par M. le professeur agrégé Chabrol, de Paris, qui retraça l'histoire thermale d'Aix-les-Bains.

La séance se termina par la projection d'un film documentaire, œuvre du grand spécialiste anglais, M. le Dr Coates.

Le traitement du rhumatisme dans l'histoire thermale d'Aix-en-Savoie. —

CONFÉRENCE DE M. ÉTIENNE CHABROL (Paris).

M. Étienne Chabrol étudie successivement *l'origine des établissements*, *des méthodes de cure* et des *indications thermales* qui donnent à Aix-les-Bains, une individualité puissante.

Bien avant la conquête romaine, les Allobroges avaient connu les sources guérisseuses que devaient mettre en valeur l'empereur Gratien et le proconsul Domitius. Les ruines du très vaste établissement qui fut construit à cette époque opulente débordent largement le périmètre des deux établissements actuels.

Vint ensuite une longue période « moyenâgeuse » qu'interrompirent un instant le passage d'Henri IV (1600) et les écrits de De Cabias (1623) et qui se termina seulement en 1776 avec la création de l'établissement inspirée par le roi Victor-Amédée III : c'est à cette date que commence la renaissance thermale d'Aix-en-Savoie.

L'établissement de 1776 fut agrandi de 1854 à 1860, à l'instigation du comte de Cavour, puis avec le concours de Napoléon III. Il subit ensuite d'importantes retouches jusqu'au jour où la loi d'outillage national du 29 décembre 1931 permit de créer de toutes pièces un établissement modèle, accolé aux anciens, les *Aquæ-Gratianæ* de 1934.

Dans ce cadre luxueux, Aix-les-Bains fait valoir les *méthodes de cure* que lui ont léguées la tradition romaine et l'observation des coutumes orientales. Ses bouillons et ses étuves de vapeur permettent d'obtenir la sudation que les Gallo-Romains recherchaient dans leur vaporarium. Ses étuves locales dénommées Berthollets réalisent un perfectionnement inconnu des anciens, en concentrant sur un segment de membre la totalité des vapeurs et des gaz rares qui émanent directement du fleuve thermal.

Sa douche-massage s'inspire de la méthode du « massement sous la douche » qui, d'après Daquin, aurait été importée d'Égypte par les compagnons de Bonaparte. La douche écossaise aurait une origine moins lointaine : le Dr Joseph Despine l'a introduite à Aix en 1822.

Les *indications thérapeutiques* d'Aix-en-Savoie furent pendant de longs siècles assez confuses, encore que les Gallo-Romains et les médecins du moyen âge aient employé ces eaux chaudes contre le rhumatisme et la sciatique.

C'est entre les deux dates de 1853 et 1860 que s'établit la véritable orientation de la station thermale ; elle est due en grande part à Sir Alfred Garrod qui reprit dès 1859 sous le nom d'arthrite rhumatoïde l'étude du rhumatisme articulaire chronique progressif, le sujet de la thèse de Charcot (1853). Le clinicien anglais accordait une égale faveur aux eaux d'Aix pour remédier à l'arthrite rhumatoïde et pour traiter la goutte asthénique. Dans ces deux domaines, Vidal, Berthier, Blanc, Forestier ont apporté de précieuses observations thermales. Entre temps, les méthodes de cure perdaient leur brutalité du passé. Dès 1866, Pidoux pouvait constater que la cure n'était plus « aveuglément excitante et sudorifique », mais qu'elle savait être, le cas échéant, « tonifiante et sédative ».

RAPPORTS

Généralités. — Etiologie. — Pathogénie.

La limite du rhumathisme chronique. La notion de polyarthrite symétrique progressive. — M. le professeur F. BEZANÇON et M. Mathieu-Pierre WEIL (Paris). — MM. F. Bezançon et M.-P. Weil, après avoir rappelé le travail de dissociation dont, durant le siècle dernier, la notion du rhumatisme chronique fut l'objet, et signalé les frontières imprécises qui séparent l'ostéo-arthrite dégénérative et le rhumatisme chronique progressif généralisé, insistent sur ce fait que, contraire-

(1) Association de la Presse française

ment à l'opinion de Charcot, les manifestations englobées sous cette dernière appellation ne représentant pas un ensemble homogène : on a forcé les faits en décrivant une affection symétrique, régulièrement progressive, à début distal, à marche centripète, s'accompagnant de déformations caractéristiques trop complaisamment étudiées. La symétrie est moins un état initial qu'une apparence terminale. Les déformations sont banales et la conséquence du travail morbide. Les troubles trophiques sont contingents et le plus souvent tardifs.

Cependant, il est des malades chez lesquels on note l'existence de tous ces caractères. C'est pour ces cas, relativement rares d'ailleurs, que les auteurs ont proposé l'appellation de polyarthrite symétrique progressive ou mieux de polyarthropathie, « car rien ne permet de dire qu'il y a arthrite dans le sens strict du mot, et même que ce soit dans l'articulation que se localise électivement la maladie ».

Pour ce qui est des autres cas, c'est de manière tout à fait différente que les symptômes évoluent. Les auteurs en étudient le mode de début, la date d'apparition, la progressivité, les symptômes locaux et généraux, l'évolution par poussées successives. Ils montrent que, parmi ces formes, il est de multiples variétés. C'est ainsi que, du point de vue radiologique, on peut décrire quatre types cliniques, selon qu'il y a absence de lésions radiologiques, destruction du contour articulaire, disparition de la segmentation osseuse, ou exclusivement décalcification intense et diffuse. Ces aspects ne sont pas des degrés dans l'évolution morbide : ils représentent des états spéciaux.

Si cependant, entre tous ces cas, existe un air de famille, celui-ci ne tient, ni aux conditions étiologiques, ni à l'état humoral ou du métabolisme, mais aux conditions du terrain. C'est lui qui, en permettant la généralisation, ou plus exactement la progressivité de la maladie, crée le type clinique. Sa cause réside dans la modalité réactionnelle du sujet qui fait que, à la suite d'un facteur quelconque, infectieux, traumatique, protéinique ou autre, se produisent, au niveau d'une articulation, des désordres dont le caractère essentiel sera la tendance à la généralisation.

Les troubles du métabolisme. — MM. Lœper, D. Mahoudeau et J. Tomet. La carence en soufre des tissus articulaires des rhumatismes chroniques est certaine, et le métabolisme calcaire y est troublé profondément.

L'excès du soufre total et l'insuffisance du glutathion sont de règle dans le sang des rhumatisants, ainsi d'ailleurs, le plus habituellement, que l'excès de calcium.

L'appétence du rhumatisme pour le calcium et pour le soufre semble démontrée par l'absorption ou l'injection d'hyposulfite de soude ou de sels de calcium.

Enfin, le métabolisme des glucoses est troublé.

La thérapeutique doit tirer parti de ces constatations. Elle comporte l'injection de gluconate de chaux, l'administration de glucose et aussi les injections d'huile soufrée.

Ainsi se trouve réalisée une action à la fois nutritive et réparatrice. Le calcium et le glucose sont en effet de vrais aliments. Peut-être faudra-t-il leur *adjoindre* le glycolle que nous savons manquer dans les cartilages malades et dont l'absence favorise les précipitations.

Le soufre est, lui aussi, un aliment du cartilage, mais il est encore un modificateur puissant, profond et complexe de la nutrition articulaire et de la nutrition générale.

Il est susceptible de modifier tout ensemble le métabolisme du sucre, l'équilibre protéique et l'équilibre thiémique ; il accroît même la fixation du calcium ; il atténue les précipitations de ce calcium dans les tissus. Et, comme ces réactions vont de pair avec l'amélioration anatomique des jointures, et les manifestations objectives de leurs lésions, on peut supposer qu'elles conditionnent dans une assez large mesure cette amélioration.

Les seuls inconvénients de l'huile soufrée sont la douleur et la fièvre.

Peut-être trouverons-nous dans des composés soufrés organiques nouveaux, l'atténuation de ces inconvénients.

D'ores et déjà, on peut considérer le soufre comme un spécifique des troubles métaboliques du rhumatisant.

Les facteurs infectieux dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. F. Coste (Paris) et Jacques Forestier (Aix-les-Bains) font une revue critique de la part de l'infection dans la polyarthrite chronique évolutive (p. c. e.) et envisagent pour chacun des microbes connus et qui ont été jusqu'ici déclarés responsables de cette infection, les trois catégories d'arguments présentés en leur faveur : cliniques, thérapeutiques et biologiques. Ils montrent que l'on peut expliquer l'apparition de la maladie, tantôt par une infection directe, métastatique, des jointures, tantôt par leur sensibilisation allergique.

Appliquant aux principaux microbes l'étude de ces différents arguments, ils passent en revue :

1° Gonocoque, pour lequel ils montrent qu'aucun argument probant ne peut être présenté en faveur de l'importance de ce germe dans l'étiologie des polyarthrites chroniques évolutives (p. c. e.).

2° Streptocoque, — du point de vue clinique, ils rappellent les travaux anglo-américains sur l'infection focale des divers étages du tube digestif depuis la bouche, dents, amygdales, jusqu'à la vésicule biliaire, etc. Ils montrent que la valeur des statistiques concernant la présence de ces foci chez les rhumatisants est fort limitée ; il en est de même des améliorations cliniques obtenues au moyen de vaccins réalisés avec les microbes extraits de ces foyers d'infection.

En ce qui concerne les arguments biologiques, les travaux expérimentaux des Américains, des Anglais et d'autres auteurs étrangers apportent un faisceau de preuves plus importantes : présence de streptocoques dans les articulations et les ganglions satellites, dans le sang de rhumatiants. Ils citent les beaux travaux de Cecil, de Gray et Gowen et des autres auteurs qui ont trouvé en proportion importante le streptocoque *in situ*. Ils rappellent leurs propres travaux avec Saenz, au cours desquels ils n'ont pu en aucun cas confirmer les résultats de Cecil et de ses collaborateurs. En ce qui concerne l'allergie streptococcique chez le rhumatisant et les réactions d'immunité et d'infection trouvées par certains auteurs, ils montrent que leur spécificité est loin d'être indéniable.

3° Pour les autres germes pyogènes d'origine intestinale, hépato-biliaire ou respiratoire, ils insistent sur la rareté des cas où de tels germes peuvent etre invoqués.

4° Par contre, ils attachent une importance particulière

au rôle de l'*infection tuberculeuse*, dont la notion est une idée française due à Poncet, reprise par Tessier et Roques et qui a trouvé un regain d'actualité dans les recherches de Lœwenstein. Ils montrent que si les faits cliniques en faveur de cette origine offrent déjà de l'intérêt ainsi que les faits thérapeutiques, les recherches biologiques donnent des résultats positifs dans un certain nombre de cas. Dans l'hypothèse d'une infection directe des jointures par la bacille de Koch, les cas positifs d'inoculation au cobaye dont ils rapportent les résultats obtenus par Saenz sont trop peu fréquents : 1 sur 31 avec le sang, plus 4 probables, 1 sur 14 avec les biopsies articulaires, pour apporter autre chose que des présomptions. Peut-être de nouvelles méthodes plus simples augmenteront-elles le pourcentage de cas positifs.

L'étude des réactions allergiques, la provocation des réactions focales articulaires avec les antigènes bacillaires n'apportent que des arguments de présomption. Quant aux réactions sérologiques, elles sont assez fréquemment positives, mais leur spécialité est loin d'être absolue.

Pour ce qui concerne la syphilis, le rôle de cette infection ne paraît avoir de l'importance que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En conclusion, les auteurs montrent que si les arguments en faveur de l'origine infectieuse des p. c. e. sont nombreux et portent sur des microbes variés, aucun n'est décisif en faveur de tel ou tel germe ; ils admettent difficilement que le syndrome étudié puisse avoir une étiologie complexe. Ils admettent que la question de l'origine de la maladie n'est pas résolue, mais que le champ reste ouvert aux partisans des étiologies infectieuses et que l'infection tuberculeuse mérite d'être étudiée particulièrement.

Les facteurs vasculo-nerveux et sympathiques. — M. É. May, Mlle Jammet, M. Braillon (Paris). — Les troubles vasculaires et sympathiques du rhumatisme chronique déformant sont encore très imparfaitement connus. Pour introduire un peu de clarté dans cette question, il est bon de les étudier dans les variétés cliniquement bien définies d'arthropathies chroniques.

Le grand rhumatisme déformant généralisé est caractérisé par une tension artérielle basse, des valeurs oscillométriques élevées, une augmentation de la température de la peau au moment des poussées. On n'y relève pas d'autres troubles circulatoires ; en particulier, la vitesse de circulation est normale, ainsi que l'aspect des capillaires. Il existe par ailleurs une diminution globale du tonus vago-sympathique, qui paraît plus une conséquence qu'une cause de la maladie, et un trouble des réactions thermiques avec une réponse exagérée au froid et une insensibilisé relative à la chaleur. L'ensemble des réactions vasomotrices indique l'existence d'un processus inflammatoire local ; aucune constatation objective n'apporte un support à l'hypothèse d'une origine nerveuse de cette classe d'arthropathies.

Il existe peut-être une variété de rhumatisme déformant à localisation élective aux extrémités et à symétrie rigoureuse et qui doit être distinguée de la variété précédente. Dans l'unique cas relaté, on n'observa pas de réactions vasculaires du type inflammatoire. S'il existe des arthropathies d'origine nerveuse, c'est dans ce groupe qu'il faudra les chercher. Mais la rareté extrême de ces faits empêche pour le moment toute conclusion.

Le rhumatisme vaso-moteur ne présente pas non plus de modifications vasculaires de type inflammatoire. Par contre, on y observe souvent un retard de la circulation et des modifications morphologiques des capillaires, associés aux symptômes cliniques ; ces constatations plaident en faveur de l'origine vaso-motrice des manifestations morbides.

Le rhumatisme sénile est presque toujours caractérisé par un rétrécissement du champ capillaire et très souvent par un ralentissement de la circulation. On peut le considérer comme un trouble trophique de nature circulatoire.

Les ostéophytes, qui sont exceptionnels dans le grand rhumatisme déformant généralisé, sont au contraire fréquents dans les rhumatismes vaso-moteurs, et à peu près constants dans le rhumatisme sénile. Peut-être faut-il y voir une réaction osseuse autour de petits foyers de nécrose d'origine organique ou spasmodique.

Les facteurs de terrain dans le rhumatisme progressif, les troubles humoraux et l'allergie. — M. le professeur Roch et le Dr É. Martin (Genève). — L'étude de l'étiologie du rhumatisme chronique amène à envisager d'une part l'action d'un facteur externe, déterminant, souvent de nature infectieuse, d'autre part, l'action d'un facteur interne, prédisposant.

Dans une certaine mesure la prédisposition au rhumatisme chronique est due à un terrain héréditaire et familial.

Les troubles endocriniens peuvent parfois jouer un rôle dans la production d'un terrain favorable au rhumatisme. C'est particulièrement le cas de l'insuffisance ovarienne et de l'insuffisance thyroïdienne.

La constitution d'un état allergique paraît contribuer souvent aussi à préparer le terrain au développement du rhumatisme chronique. Ici se pose une question : le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique ne sont-ils pas deux formes de la même maladie qui évolue différemment chez les sujets allergiques et chez ceux qui ne le sont pas? Le fait que les jeunes sont plus prédisposés à la maladie de Bouillaud et que les vieux le sont davantage au rhumatisme chronique est en faveur de cette manière de voir. Les études d'histologie pathologique amènent à la même conclusion, ainsi que les recherches expérimentales pratiquées avec des allergènes protéiniques.

L'état allergique est donc un élément prédisposant à la chronicité du rhumatisme ; il n'est cependant pas un facteur nécessaire du rhumatisme chronique.

Chez les rhumatisants chroniques, l'analyse chimique des humeurs donne des résultats variables, inconstants, peu caractéristiques. Il faut faire une exception pour les recherches qui portent sur l'équilibre des protides du plasma, équilibre qui, dans la pratique, peut être mesuré par la vitesse de la sédimentation globulaire. Cette réaction n'a malheureusement rien de spécifique, et elle a plus d'intérêt pour établir le pronostic que de valeur diagnostique.

Traitement physiothérapique et rhumatisme. — M. le professeur Gunzbourg (Bruxelles-Anvers) part de ce

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

point de vue que, pour bien établir un traitement, il faut se rendre compte de la pathogénie du rhumatisme.

Les cas très avancés, avec fortes déformations, que l'on désigne couramment sous le nom de *rhumatisme déformant progressif*, doivent être considérés comme des séquelles à un degré déjà très développé, et provenir de deux affections qui se différencient nettement au début.

Dans la première, les lésions commencent par les séreuses, prennent un aspect fébrile, se développent avec des phénomènes de douleur ; ce sont des *rhumatismes sérosotropes*.

Dans la seconde catégorie se place le rhumatisme qui débute par l'induration et l'endolorissement du tissu mésodermique ; ce phénomène, appelé la symplastie, est régressible au début, mais progressif dans la suite. Ce sont des *rhumatismes symplastiques*.

Après avoir cité quelques exemples de l'une et de l'autre catégorie, il résume le traitement physiothérapique, qui doit toujours accompagner le traitement balnéothérapique et médicamenteux.

Les *rhumatismes sérosotropes* sont bien influencés par le soufre, par l'or, par les bains radioactifs, par la diathermie et par les ondes courtes.

Les *rhumatismes symplastiques* sont mieux traités par les bains de lumière, les bains d'air chaud suivis d'ultraviolet, et par la mobilisation continue.

Localement, des bains de lumière, du Fango, de l'électricité sont utiles.

Dans la plupart des cas, il est nécessaire de soigner particulièrement la tonicité de la peau, qui constitue un véritable revêtement de défense, et dont on entraîne la résistance.

Symptômes et diagnostic.

Les aspects anatomiques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. le professeur Bach (Londres). — Le but de ce rapport est d'attirer l'attention sur la pathologie générale des os et des articulations : pour l'auteur, en effet, c'est seulement sur des bases anatomiques et physiologiques solides que peuvent reposer nos connaissances relatives à la pathologie du R. C. P. G.

Bach expose les caractères essentiels de l'anatomie, de la physiologie et de l'anatomie pathologique des os et des organes les plus importants qui entrent dans la constitution des articulations. Il décrit l'affection connue sous le nom de R. C. P. G. (« rheumatoide arthritis »).

Comme il ne dispose que d'un temps et d'une place limités, il borne ses remarques à la seule étude des os et des articulations et en particulier aux troubles fonctionnels et aux lésions qui surviennent dans ces organes aux étapes précoces du R. C. P. G. Bien que l'étiologie de la maladie soit encore discutée, les caractères des lésions constituent une forte présomption en faveur de l'existence d'une infection chronique.

A la suite de ses études, l'auteur conclut que, dans le R.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

C. P. G., la toute première lésion définie et caractéristique peut être reconnue dans le squelette. Plus tard s'y associe une destruction localisée de la jointure qui intéresse la synoviale et le cartilage articulaire. L'infection, la constitution individuelle, les avitaminoses et les dysendocrinies sont des facteurs qui interviennent dans la répartition du calcium dans l'os et dans le métabolisme du calcium. Une altération de l'un ou de plusieurs de ces facteurs joue un rôle dans le déterminisme du tableau clinique du R. C. P. G.

Finalement, Bach soutient que, si l'on a pu écarter certaines autres maladies, une ostéoporose généralisée peut être regardée comme caractéristique du R. C. P. G. Son existence permet de différencier formellement le R. C. P. G. des autres types habituels de rhumatismes chroniques. Parmi ceux-ci, figurent les manifestations articulaires de la maladie rhumatismale, l'ostéo-arthrite (arthrite sèche), la goutte et les diverses formes de rhumatismes infectieux, qui comprennent notamment le rhumatisme blennorragique. Dans toutes ces éventualités, il n'y a pas d'ostéoporose généralisée : quand il y a de l'ostéoporose, elle est localisée à la région des articulations atteintes.

Une étude des lésions radiographiques menée parallèlement à des observations cliniques et anatomiques aux stades précoces du R. C. P. G. a conduit l'auteur à admettre que les études radiographiques peuvent aussi offrir un intérêt immédiat pour la pratique clinique. Elles peuvent nous donner des indications qui nous aideront à porter le diagnostic initial et plus tard à reconnaître la période à laquelle est parvenue la maladie. Elles peuvent nous guider pour préciser l'évolution de la maladie quand elles sont répétées à certains intervalles, et pour juger la réponse du processus morbide au traitement.

Les aspects radiologiques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. S.-G. SCOTT (Londres). — Un diagnostic exact est la condition nécessaire d'une thérapeutique efficace. Cela est particulièrement vrai dans les rhumatismes, car le diagnostic des divers types des rhumatismes chroniques offre bien des difficultés.

L'introduction d'un examen radiographique systématique de tous les malades admis pour un traitement à la Clinique de la Croix-Rouge Britannique contre le rhumatisme a rendu possible l'identification précoce des cas. Cette identification est basée sur la constatation des altérations *directes* des tissus, telles qu'elles s'observent sur la radiographie : ainsi est éliminée toute « équation personnelle ». Cette méthode démontre l'existence de quatre groupes principaux :

1° Le R. C. P. G., ou rheumatoid arthritis ou arthrite atrophique ;

2° L'ostéo-arthrite ou arthrite sèche ou arthrose ;

3° Le rhumatisme infectieux localisé ;

4° L'arthrite de la goutte.

Dans de nombreux cas, sur le témoignage des altérations radiographiques, il a été possible de corriger le diagnostic clinique. Pour que cet examen radiographique acquière sa pleine valeur, il doit nécessairement remplir les conditions suivantes :

1° Le médecin qui interprétera les films doit avoir exercé sa sagacité sur de très nombreux clichés ; en d'autres termes, il doit être un radiologiste d'expérience ;

2° Il faut observer certains détails techniques ;

3° Il faut adopter la radiographie « standard » de la main.

Dans tous les cas de R. C. P. G., l'altération caractéristique est la *décalcification* de tous les os : c'est dans les os de la main qu'elle est la plus facile à mettre en évidence.

Certaines données permettent de conclure à l'existence d'une circulation continue des sels solubles de calcium, analogue à celle de la lymphe. Le degré d'activité de la maladie peut être mesuré grâce au flux et au reflux du calcium osseux, tels qu'ils sont mis en lumière par la radiographie.

La décalcification osseuse survient dans d'autres affections, mais elle est alors d'une nature différente. Dans le R. C. P. G., on trouve deux modes de décalcification :

a. Une décalcification osseuse généralisée ;

b. Une perturbation des rapports réciproques des densités des diverses formes de l'os (os cortical, os médullaire, os spongieux). La signification de ce dernier type de décalcification n'a pas encore été déterminée.

Scott cite plusieurs observations pour souligner la valeur pratique du procédé d'identification radiographique qu'il décrit.

Aucun cas de rhumatisme ne doit être considéré comme ayant été étudié complètement si le diagnostic clinique n'a pas été confirmé par un examen radiographique valable utilisant la « radiographie diagnostique de la main » comme moyen d'identification précise. Les statistiques auraient une valeur et une signification plus considérables si cette méthode était adoptée par tous ceux qui étudient le R. C. P. G. : c'est le seul moyen d'obtenir chez le vivant un témoignage *direct* des altérations dont les os et les articulations sont le siège.

Les facteurs endocriniens dans le rhumatisme chronique déformant généralisé. — M. le professeur Georges MOURIQUAND (de Lyon). L'étude du rhumatisme chronique déformant généralisé pose la question du rôle des facteurs endocriniens dans la genèse de cette « maladie » ou plutôt de ce « syndrome » (ses causes premières pouvant être diverses et restant obscures).

L'action « primordiale » et essentielle des facteurs endocriniens n'est pas démontrée.

La parathyroïdectomie, qui, dans certains cas, améliore ce rhumatisme, ne prouve pas son origine parathyroïdienne. Tous les arguments avancés pour le rapprocher de la maladie de Recklinghausen s'appuient sur des bases actuellement peu sûres (hypercalcémie, etc.).

On ne sait pas encore si l'opération agit grâce à l'ablation de la glande (il est des cas où, la glande n'étant pas enlevée, l'amélioration a lieu) ou par l'intermédiaire des modifications sympathiques et vasculaires qui l'accompagnent.

D'autres glandes endocrines peuvent-elles être en cause dans le rhumatisme du type Charcot ?

Théoriquement, le rhumatisme thyroïdien et ovarien sont des rhumatismes dystrophiques (arthroses) et s'opposent au rhumatisme chronique déformant, généralement tenu pour inflammatoire (arthrites).

Pourtant des faits indiquent la possibilité de troubles du type thyroïdien, de lésions de la glande dans le rhumatisme de Charcot.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'hémithyroïdectomie (avec ou sans parathyroïdectomie certaine) semble pourvoir elle aussi l'améliorer.

D'autre part, les troubles thyroïdiens, agissant ou non avec les parathyroïdiens, semblent « facteurs » de chronicité et de dystrophie mésenchymateuse (sclérodermie, etc.) si souvent présents dans le rhumatisme envisagé.

Le « rhumatisme ovarien » est, lui aussi, un rhumatisme dystrophique s'opposant en principe à la polyarthrite de Charcot. Mais son étude est principalement liée à celle de cette « pandysendocrinie » qu'est la ménopause.

Or, si le rhumatisme de Charcot peut être un rhumatisme de jeune (vingt à trente ans), il trouve le plus souvent à la ménopause son terrain favorable d'évolution, de chronicité et d'incurabilité.

Cet âge est celui des troubles endocrino-vasculo-sympathiques, des réactions anaphylactiques ou précipitantes, favorisant les poussées articulaires et leur progression.

Tel est le fait clinique « grossier » qu'il serait imprudent de méconnaître. Quant au rôle exact joué par les endocrines dans cette dystrophie, de longues études cliniques et biologiques restent nécessaires pour le préciser.

Diagnostic du rhumatisme. — M. le professeur G. MARAÑON (de l'Université de Madrid). — En général, le diagnostic du rhumatisme est un problème empirique que le malade fournit lui-même au médecin, avec peu d'erreurs. L'intervention du médecin se réduit à établir la différence entre les diverses formes du rhumatisme ; en conséquence, il est nécessaire de faire une classification des maladies rhumatismales. Le désordre qui règne dans la nomenclature des maladies rhumatismales et dans leur classification est, peut-être, le plus grand obstacle qui existe pour la connaissance du rhumatisme. Plus de deux cents noms de maladies ou de syndromes rhumatismaux figurent dans les livres, et les classifications sont, en majeure partie, absolument arbitraires. Nous devons donc tendre à unifier les altérations rhumatismales. Les connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique et l'observation radiographie des lésions au cours de longues périodes de la maladie, nous permettent de nous approcher de cette unification en partant de la supposition que le rhumatisme est une maladie qui est basée sur une prédisposition commune qui est la faiblesse constitutionnelle et héréditaire du tissu mésenchymateux. Sur ce *facteur prédisposant*, il y a diverses étiologies qui agissent comme *facteurs déterminants*, surtout des étiologies toxiques et infectieuses ; et, enfin, il y a les *facteurs fixateurs*, qui fixent cette étiologie dans les articulations déterminées. De ces facteurs fixateurs, les principaux sont les traumatismes, soit accidentels, soit physiologiques (usage prolongé et excessif de certaines articulations). Étant donné que le facteur prédisposant est toujours le même et que les facteurs fixateurs interviennent d'une manière secondaire, c'est le facteur déterminant ou étiologique qui détermine la variété de la maladie rhumatismale. C'est dire que la classification rationnelle du rhumatisme est celle de l'étiologie. D'après celle-ci, on peut

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

diviser les rhumatismes en deux grands groupes ; *endogènes* ou *métaboliques*, et *exogènes* ou *infectieux*. Il y a cependant des rhumatismes qu'il est difficile d'inclure dans cette classification, mais plus on en approfondit la connaissance, plus on voit que ce groupe de rhumatismes avec étiologie indéfinie est réduit. Dans beaucoup de cas s'associent l'étiologie métabolique et l'étiologie infectieuse.

Le rhumatisme goutteux est le plus important des rhumatismes métaboliques, et, à notre avis, il est plus répandu qu'on ne le croit habituellement, à cause du grand nombre de formes non typiques qu'il prend. Le diagnostic de la goutte est surtout clinique et il se base principalement sur les circonstances étiologiques, sur la présence de tophus, sur l'évolution de l'arthropathie, sur la constitution et la psychologie du malade, et, enfin, sur la réaction produite par les traitements. La détermination de l'uricémie et les différentes épreuves fonctionnelles qui ont été proposées n'ont qu'une valeur relative. La radiographie nous fait voir des kystes juxta-articulaires, qui, tout en étant typiques, ne sont ni constants ni exclusifs de la goutte.

Les *rhumatismes infectieux* se divisent en deux grands groupes : ceux qui apparaissent et se développent comme des maladies aiguës, et ceux qui sont consécutifs à des infections chroniques.

Entre les *rhumatismes infectieux aigus*, il faut faire un chapitre à part pour le rhumatisme *poly-articulaire*, que nous considérons comme une entité morbide définie. Il est facile à différencier des autres polyarthrites aiguës, à cause de plusieurs caractéristiques dont les plus importantes sont : *qu'il est contagieux*, que la lésion cardiaque est constante, que cet organe est totalement affecté (cardite), que les sérites et les iritis sont fréquentes, qu'il n'y a pas grande tendance à la chronicité, bien que les attaques aiguës se répètent ; et, enfin, que le malade est très sensible au salicylate.

Les *polyarthrites qui sont dues à d'autres infections* sont diagnostiquées en même temps que l'on diagnostique ces infections. La seule polyarthrite [qu'il soit difficile de déterminer, c'est la *polyarthrite aiguë streptococcique*, qui est généralement post-angineuse, et dont le cadre clinique est très semblable à celui du rhumatisme cardio-articulaire ; les traits les plus saillants qui en font la différence sont les suivants : elle n'est pas contagieuse, la lésion cardiaque n'est pas constante et, lorsqu'elle existe, elle est beaucoup plus souvent endocarditique que pancarditique, il n'y a pas de sérites, il y a généralement une tendance à la chronicité et, enfin, la maladie résiste au salicylate.

Les *rhumatismes liés à des infections chroniques* peuvent être divisés en deux groupes : ceux qui sont liés aux trois grandes infections, tuberculose, syphilis et gonococcie, et ceux qui sont dus à des foyers septiques, généralement streptococciques, latents.

Le groupe des *rhumatismes tuberculeux, syphilitiques et*

gonococciques est facile à diagnostiquer par l'étiologie. Cependant, on ne doit pas tomber dans l'erreur de considérer qu'un rhumatisme est tuberculeux s'il se présente chez un tuberculeux, ni syphilitique s'il se présente chez un syphilitique, ni, enfin, gonococcique s'il se présente chez un blennorragique. Lorsque ces trois rhumatismes sont réellement dus aux infections respectives, leurs formes cliniques sont si semblables que le diagnostic différentiel en serait extrêmement difficile s'il n'était pas indiqué par l'infection qui en est la cause.

Les *rhumatismes d'origine focale* se diagnostiquent par les caractères infectieux généraux et la découverte du foyer septique. La mise en évidence de ce foyer est une des explorations cliniques les plus délicates et difficiles et elle doit être faite selon la règle que nous exposons en détail dans notre rapport. Elle ne donne pas toujours un résultat positif.

Tous ces rhumatismes infectieux chroniques évoluent avec des lésions arthropathiques identiques. La différence entre les uns et les autres ne se fait que par des données étiologiques, mais jamais par des données cliniques. Bien entendu, l'infection causale apporte ses caractéristiques au cadre clinique. Pour le diagnostic de ce rhumatisme infectieux chronique, il est très important d'interroger la vitesse de sédimentation des hématies. Les autres épreuves de laboratoire qui ont été proposées n'ont presque aucune valeur.

Ces deux groupes de rhumatismes — métaboliques et infectieux — occupent presque toute la casuistique rhumatismale. Cependant, pour le moment, certaines arthropathies ne sont pas encore classées, principalement les *rhumatismes chroniques déformants, progressifs, séniles.* Nous critiquons le caractère purement dégénératif ou arthrosique que l'on a voulu donner à ces rhumatismes déformants, vis-à-vis des rhumatismes infectieux ou arthritiques. La division entre l'arthrose et l'arthrite est presque toujours artificielle. A notre avis, le rhumatisme déformant, sénile, est presque toujours la phase finale d'arthropathies métaboliques infectieuses qui évoluent silencieusement et très lentement pendant leurs phases initiales. Le terrain anatomique et la trophicité sénile facilitent ce type d'évolution déformante. L'étude prolongée de beaucoup de cas fait voir que les arthropathies infectieuses deviennent, après de longues années, déformantes, et que celles qui sont apparues tout de suite comme déformantes ont, très souvent, des antécédents infectieux aigus qui ont passé inaperçus ou qui ont été oubliés. Les traumatismes, surtout les traumatismes quotidiens professionnels, etc., interviennent en même temps que la sénilité, dans la genèse des arthropathies déformantes.

Le groupe des *rhumatismes appelés symptomatiques* (neurogènes, hémophilitiques, endocriniens, etc.) peuvent presque toujours être compris dans les groupes précités. Nous étudierons tout particulièrement les rhumatismes endocrines que nous combattons activement, car ce sont toujours des arthropathies métaboliques ou infectieuses, ou encore les deux choses à la fois, qui évoluent dans un terrain favorable dysendocrinien.

Nous faisons une revision des diverses épreuves de laboratoire qui ont été proposées pour aider à établir le diagnostic du rhumatisme. Il n'y a que la *vitesse de sédimentation,* dont nous avons parlé plus haut, qui ait une valeur pratique. Ce sont toujours les données cliniques et aussi celles qui contribuent à faire découvrir l'étiologie de chaque cas, qui sont la base du diagnostic rhumatismal.

Nous croyons qu'il est très important d'insister sur la nécessité d'unifier la manière d'établir le diagnostic du rhumatisme.

Les éléments du pronostic dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. WEISSENBACH et F. FRANÇON. — Après avoir étudié le *pronostic quoad vitam* et le *pronostic social* du R. C. P. G., les auteurs s'attachent à son *pronostic fonctionnel.* Il est d'autant plus délicat à porter que le cadre du R. C. P. G. rassemble des séries de faits bien différents :

1° Des rhumatismes progressifs infectieux, qui constituent la classe de beaucoup la plus nombreuse (80 à 90 p. 100 des cas) ;

2° Des rhumatismes progressifs d'origine sympathique ou neuro-endocrinienne, que E. May range parmi les ectosympathoses ;

3° Des polyarthrites sèches progressives ;

4° Enfin quelques groupements d'importance numérique bien moindre : le R. C. P. G. à marche accélérée, le syndrome de Chauffard-Still, la spondylose rhizomélique, qui rentrent dans les rhumatismes progressifs infectieux ; la forme grave et extensive du rhumatisme psoriasique ; des variétés moins bien définies, telles que les rhumatismes protéiniques de Bezançon et M.-P. Weil.

Pour porter un pronostic, il faudra confronter des éléments divers, complexes et de valeur différente suivant les cas considérés, que nous tirerons :

1° Des signes cliniques (signes articulaires et symptômes associés) ; 2° des examens de laboratoire (syndrome biologique et syndrome humoral) ; 3° de l'examen radiologique ; 4° des conditions étiologiques ; 5° des conditions thérapeutiques.

Les auteurs étudient et critiquent la valeur pratique des éléments d'information ainsi recueillis. Ils concluent que, depuis quelques années, le pronostic du R. C. P. G. s'est beaucoup amélioré, grâce à : 1° une meilleure connaissance de l'étiologie et de la pathogénie du syndrome sous l'influence des recherches de laboratoire ; 2° l'institution de traitements plus précoces et plus prolongés ; 3° la découverte de médications nouvelles et une meilleure discrimination des indications thérapeutiques.

En conséquence, bien plus souvent qu'il y a quelques années à peine, nous pouvons parler maintenant de *guérison,* si notre intervention thérapeutique, basée sur les principes précédemment exposés, se trouve être à la fois adéquate, précoce et persévérante. C'est reconnaître implicitement que, en grande partie, le problème de la lutte contre le R. C. P. G. sera résolu par une meilleure organisation des moyens de prophylaxie et de traitement, assurant à tous et précocement le bénéfice des médications qui ont déjà fait leurs preuves, et de celles, meilleures encore, que nous devons espérer des progrès de la thérapeutique.

Le sang dans le rhumatisme progressif généralisé. — M. le professeur KAHLMETER. — Les recherches effectuées sur la chimie du sang dans le rhumatisme chronique pro-

gressif n'ont guère contribué à élucider l'étiologie et la pathogénie de l'affection. Tandis que dans la plupart des cas on n'a noté aucun signe de perturbations dans les échanges d'acide urique, Weissenbach et Françon ont constaté de l'hyperazotémie et de l'hypercholestérinémie dans les deux tiers des cas de « rhumatisme goutteux » et dans le « rhumatisme chronique d'origine hépato-biliaire ». L'equilibre acide-base et le métabolisme basal ont, suivant la plupart des auteurs, des valeurs entièrement normales.

L'étude de la teneur du sang en sels de calcium, de même que celle de l'élimination du calcium ont donné des résultats contradictoires. La découverte du rôle prépondérant joué par la parathyroïde dans les échanges calciques ouvre un champ de recherches particulièrement vaste, au double point de vue théorique et pratique. La teneur du sang en phosphore, en créatinine et en soufre a été constatée comme normale par la plupart des auteurs ; Cawadias, cependant, a trouvé une augmentation de l'élimination du soufre. Comme on le sait. Pemberton a soutenu qu'un des facteurs les plus importants de l'étiologie de la polyarthrite chronique serait constitué par une diminution de la tolérance au sucre. Il a été de tous points confirmé par un certain nombre d'auteurs que l'on note dans la polyarthrite chronique des troubles de cette nature, mais il n'apparaît pas clairement que leur rôle soit primitif.

Les recherches physico-chimiques des albumines du plasma sont dominées par la « réaction de sédimentation » de Fahraeus. Il y a une relation positive, statistiquement démontrable et très nette, entre la sédimentation et la teneur en fibrine et en globuline et une relation négative par rapport à l'albumine. Le rhumatisme chronique progressif généralisé présente des valeurs de sédimentation remarquablement élevées pour une affection chronique. Même parmi les cas les plus chroniques, le rapporteur ne notait dans son grand matériel que 11 p. 100 de valeurs de sédimentation normales ; d'autre part, près de la moitié des cas présentaient des valeurs supérieures à 40 millimètres. Si l'on se souvient que les valeurs de la sédimentation dans les arthrites dégénératives sont toujours normales, il semble qu'on puisse conclure que les conditions de la sédimentation dans le rhumatisme chronique progressif généralisé indiquent qu'il existe dans cette affection, soit des lésions articulaires inflammatoires directement provoquées par une infection, soit des réactions articulaires dues à des allergènes, infectieux ou non.

Les résultats donnés par les recherches du rapporteur sur la formule morphologique du sang peuvent être résumés dans les constatations suivantes : L'anémie existe dans la moitié environ des cas, elle est un peu plus fréquente dans les cas se trouvant cliniquement en période d'exacerbation que dans les formes stationnaires,et augmente parallèlement aux valeurs croissantes de la sédimentation, donc semblant indiquer qu'une infection intervient d'une manière ou d'une autre dans la pathogénie du rhumatisme chronique progressif généralisé. La formule leucocytaire (d'après Arneth-Schilling), qui peut brièvement être caractérisée comme une lymphocytose relative dans les cas à valeur de sédimentation faible, et comme une neutrophilie relative avec augmentation tout à fait insignifiante des cellules à bâtonnets dans les cas à valeur de sédimentation élevée, pourrait peut-être permettre une théorie impliquant l'existence de facteurs constitutionnels et peut-être allergiques déterminant une lymphocytose relative, sur lesquels se grefferait, dans un grand nombre de cas, un élément infectieux appelé à jouer dans l'évolution ultérieure de la maladie un rôle pathogénique.

On peut dire que les épreuves d'agglutination (Cecil et ses collaborateurs, Dawson et ses collaborateurs) n'ont pas jusqu'ici prouvé que le rhumatisme chronique progressif généralisé soit dû à un streptocoque hémolytique spécifique, mais que ces épreuves semblent rendre vraisemblable que, dans un grand nombre de cas, un streptocoque de cette nature joue un rôle étologique ou pathogénique.

La tuberculo-réaction de Wassermann-Besredka (fixation du complément) a donné des résultats négatifs ou incertains. Le rapporteur a fait cette réaction dans 17 cas de rhumatisme chronique progressif généralisé et a obtenu un résultat positif dans 11 cas (près de 65 p. 100) — beaucoup plus de résultats positifs que dans le matériel témoin d'individus sains (7 p. 100 positifs).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1934.

Angine et polyadénite aiguë. — M. Sabrazès a observé chez des sujets de dix-sept à vingt-neuf ans, rarement au-dessus, des angines dont il apporte 10 cas. Il s'agit d'angines aiguës fébriles, marquées par une polyadénopathie et assez souvent une légère splénomégalie (dans cinq cas sur dix). Ces angines s'accompagnent de lymphomonocytose d'un haut degré.

Narcose à l'Evipan sodique. — M. Velu (Maroc) expose les résultats de l'anesthésie à l'Evipan sodique en médecine vétérinaire. Il estime que des facteurs très simples comme le taux de dilution, la rapidité d'injection, le fractionnement des doses sont suffisants pour modifier considérablement le mode d'action de l'Evipan sodique et permettre de faire de cette anesthésie, une anesthésie en quelque sorte réglable.

La narcose à l'Evipan sodique peut être considérée comme une méthode de choix en chirurgie canine, clinique et expérimentale.

Le carnet de visites de Clemenceau. — M. Jayle présente le carnet de visites de Clemenceau qui paraît avoir été confectionné à la main. Cartonné, il est orné sur son plat antérieur d'un dessin macabre, très original, fait par Clemenceau.

Il commence le 20 novembre 1869 et se termine le 18 octobre 1871, mais les dates de visites ne sont interrompues que du 20 novembre 1869 au 10 août 1870. Très bien

tenu, il montre l'esprit d'ordre et de méthode de Clemenceau.

L'intérêt de ce carnet est capital. Il établit que Clemenceau a exercé en Vendée de novembre 1869 au 10 août 1870 et que, par conséquent, il n'est pas venu d'Amérique lors de la déclaration de guerre le 19 juillet 1870, suivant la version de ses deux grands biographes, M. Gustave Geffroy et M. Georges Suarez.

MM. MARINESCO et DRAGANESCO envoient une étude anatomo-clinique et expérimentale d'un cas d'encéphalomyélite rabique survenue au cours d'un traitement pastorien.

MM. A. et R. SARTORY, J. MEYER et HIRSCHMANN présentent une note sur l'image leucocytaire en clinique.

Vacances. — La prochaine séance de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 2 octobre 1934.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juillet 1934.

Le phosphore est-il doué de propriétés antirachitiques ? — MM. R. LECOQ et R. GALLIER montrent, en s'appuyant sur de nombreux essais effectués sur le rat, que le phosphore blanc, administré en solution huileuse au centième, n'agit aucunement sur la calcification osseuse dans le rachistime expérimental, même aux doses voisines de la toxicité.

Variations de la chronaxie des antagonistes par excitation des centres cérébraux. — M. et Mme CHAUCHARD excitent à travers la peau, après craniectomie et cicatrisation, la surface du cerveau d'un chien au niveau des zones motrices corticales. Des mesures de chronaxie sont prises sur les points moteurs des membres. Les excitations corticales ont pour effet de modifier la chronaxie des antagonistes dans le sens de l'augmentation pour les extenseurs, de la diminution pour les fléchisseurs. Le retour à l'état initial est graduel. Ces variations de l'excitabilité des nerfs périphériques sous l'influence de modifications centrales témoignent une fois de plus de la généralité des phénomènes de subordination nerveuse.

Réflexes conditionnés et chronaxie. — M. et Mme CHAUCHARD et M. W. DRABOWITCH créent, chez le chien, un réflexe conditionné de défense (élévation d'une patte postérieure à la suite d'une sonnerie), et mesurent, aux divers temps de ce réflexe, la chronaxie des antagonistes. Dans la période qui s'écoule entre l'excitant conditionné et le réflexe et dans celle qui suit le réflexe, ce paramètre s'élève dans les extenseurs et les fléchisseurs. Au cours de l'exécution, il s'abaisse dans les deux groupes d'antagonistes. Si l'on inhibe le réflexe, les chronaxies se croisent par abaissement de celle des fléchisseurs, élévation de celle des extenseurs. Ces variations de l'excitatibilité se rattachent au phénomène de la subordination nerveuse.

Solubilité de la tuberculine dans les solvants organiques des substances lipoïdiques. — MM. A. BOQUET et G. SANDOR, du fait qu'elle est facilement extraite par l'alcool absolu et par l'éther anhydre, infèrent que la tuberculine n'est pas constituée par un protéide banal. Elle n'est pas non plus assimilable à une substance lipoïdique, puisqu'elle peut être entraînée par l'eau de sa solution éthérée. Les expériences des auteurs tendent à démontrer que, dans le protoplasme du bacille de Koch, elle doit être absorbée par des lipides insolubles dans l'acétone, des phosphatides par exemple, dont elle emprunterait les caractères de solubilité.

Action du ricinoléate de sodium sur divers spirochétidés. — M. H. VIOLLE expose les résultats des expériences sur divers spirochétidés laissés en contact une dizaine de minutes environ avec une solution à 1 p. 100 de ricinoléate de sodium.

Les spirochètes de la bouche ne présentent plus de mobilité.

Les spirochètes des eaux sont tués, comme l'indiquent les essais de repiquage en milieu électif.

Les spirochètes de la fièvre ictéro-hémorragique sont tués également, comme on peut le vérifier par ensemencement en milieu de Pettit. Les spirochètes de la spirochétose de la poule sont détruits à cette même dose, ainsi que l'indiquent les inoculations négatives chez les animaux sensibles.

Les spirochètes de la fièvre récurrente africaine sont tués : inoculés à des souris, ces dernières ne présentent pas d'infection.

Les spirochètes de la syphilis ne présentent plus de mobilité.

On peut admettre que les spirochétidés sont très sensibles à l'action du ricinoléate de sodium même en solution très étendue et après un court temps de contact.

Mode de propagation de la spirochétose provoquée par le Spirochxta wuris. — MM. C. LEVADITI, R. SCHŒN et A. VAISMAN. — Très fréquente dans certains élevages de souris blanches, la contamination des glandes mammaires en lactation par le *Spirochæta muris* paraît assurer la propagation de l'infection chez les muridés par voie digestive, au moyen de lait contaminé. L'hypothèse est confirmée, d'une part, par la contamination spirochétienne des glandes mammaires en lactation chez les souris sauvages et les rats blancs, d'autre part, par la possibilité d'infecter *per os* les souriceaux et les jeunes rats, en leur faisant ingurgiter du lait contenant le *Spirochæta muris.* Il est possible de suivre pour ainsi dire pas à pas, le chemin parcouru par le parasite pour franchir, au niveau de l'estomac et du duodénum, les couches glandulaires et musculaires du tube digestif.

Sur les relations de l'antitoxine et des protéides du sérum antidiphtérique. — M. G. RAMON montre que l'antitoxine n'est pas indissolublement liée aux protéides du sérum antidiphtérique et en particulier à la pseudo-globuline. La propriété antitoxique n'appartient pas en réalité à la pseudo-globuline mais est vraisemblablement attachée à une molécule simplement associée à cette fraction protéique du sérum. La mise en œuvre du pouvoir floculant de la toxine spécifique vis-à-vis de l'antitoxine permet de rompre cette association. L'élimination de l'élément chimique qui représente l'antigène dans le floculat toxine + antotitoxine diphtérique permettrait sans doute d'obtenir la substance antitoxique à l'état relativement très pur, puisque cette substance est déjà grandement libérée sinon totalement libérée des protéides du sérum.

Longévité des cultures de Trypanosoma Rabinowitch. — M. L. NATTAN-LARRIER. — Les cultures du trypanosome du hamster peuvent rester vivantes et continuer

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

à se développer dans le même tube pendant plus d'un an. Ce trypanosome non pathogène ne sécrète donc pas de substances empêchantes et épuise très lentement le pouvoir nutritif des milieux artificiels.

Diagnostic des infections leishmaniennes par l'acido-gélification du sérum. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard. — On peut dépister la leishmaniose canine en faisant agir l'acide lactique ou l'acide formique sur le sérum des chiens suspects ; le sérum, en effet, se gélifie très rapidement si l'animal est infecté. L'acido-gélification donnera de moins bons résultats pour le dépistage du kala-azar infantile, car le sérum normal de l'enfant se gélifie plus facilement que celui du chien.

Pénétration du virus de l'anémie infectieuse des équidés au niveau des plaies et de la conjonctive. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer. — Les recherches entreprises confirment la pénétration du virus de l'anémie infectieuse à la faveur des plaies superficielles de la peau ; elles établissent en outre que l'ouverture palpébrale peut constituer pour ce même virus une autre porte d'entrée.

Ces faits nous donnent une explication du mode de contagion indirecte : rôle probable, dans la transmission de la maladie, de certains insectes qui peuvent sinon inoculer le virus, du moins le déposer après l'avoir prélevé chez des chevaux infectés, à la surface des plaies ou au niveau de la conjonctive d'animaux sains ; contamination possible par le harnachement ou les effets de pansage souillés par des produits organiques (sang, urine etc.) renfermant le virus.

Les injections sous-cutanées de gaz carbonique comme traitement des néphrites expérimentales à l'urane. — MM. Léon Binet et J. Marek. — Les néphrites à l'urane s'accompagnent, on le sait, d'une chute précoce et marquée de la réserve alcaline. Les auteurs ont pensé pouvoir lutter contre cet abaissement et ses conséquences, en utilisant le fait connu de l'enrichissement du plasma en bicarbonates par action du CO^2 sur le sang complet. En effet, alors que les lapins intoxiqués par le nitrate d'urane meurent en quatre à huit jours, des animaux intoxiqués de même, mais traités par des injections sous-cutanées répétées de CO^2, survivent dans la proportion de trois sur quatre ; en outre, les troubles se manifestant chez eux au début (azotémie, oligurie, etc.) s'amendent très rapidement.

Etude des propriétés biologiques de bacilles diphtériques conservés in vitro. — MM. Robert Debré et E. Gilbrin. — Le bacille diphtérique, très résistant *in vitro*, peut présenter des variations morphologiques. Correspondent-elles à des variations des propriétés biologiques ?

I. Nous avons étudié le pouvoir pathogène essentiel de sept souches pendant un délai de quatre, sept, vingt-cinq et quarante-deux jours. Les résultats de nos expériences ont été identiques. Une vieille souche, conservée depuis fort longtemps *in vitro*, possède encore un pouvoir pathogène essentiel très élevé.

II. Un bacille diphtérique conservé *in vitro* produit toujours une toxine aussi active. Mais les variations même légères dans la composition du milieu suffisent à influer sur la production de toxine.

Un bacille diphtérique conserve donc toutes ses propriétés biologiques après avoir vécu au laboratoire et avoir subi de nombreux repiquages. Il n'y a aucune modification de son pouvoir pathogène essentiel, aucune variation de son aptitude toxigène.

Variations numériques des hématies en dépression atmosphérique. Relation avec les besoins en oxygène. — MM. J. Beyne, Léon Binet et M.-V. Strumza se sont proposés de déterminer si l'efficacité du facteur anoxémie, à l'égard de la polyglobulie de la dépression, était en liaison avec l'importance des besoins en oxygène. En comparant chez le chien chloralosé, des animaux dont le métabolisme était soit accru par la thyroxine, soit diminué par l'ablation du corps thyroïde, ils ont constaté que la polyglobulie apparaissait pour des tensions d'oxygène dans l'air inspiré d'autant moins réduites que le métabolisme est plus élevé, et que le transport intraorganique d'oxygène est plus entravé.

La réaction polyglobulique en dépression atmosphérique leur paraît uniquement liée à une chasse globulaire splénique, puisque le bloquage du pédicule de la rate suffit à la supprimer.

Etude des propriétés biologiques des bacilles diphtériques prélevés chez des sujets malades au cours de la maladie et pendant la convalescence et chez des porteurs de germes sains. — MM. G. Ramon, Robert Debré et E. Gilbrin ont essayé de préciser si les propriétés biologiques des bacilles diphtériques persistaient ou se modifiaient tant que ces bacilles séjournaient dans le pharynx ou les fosses nasales des malades et des porteurs de germes.

I. L'étude, maintes fois répétée, du pouvoir pathogène essentiel des germes recueillis pendant un délai de cinq jours à six mois chez 42 sujets nous a toujours fourni un résultat semblable.

II. L'aptitude toxigène de plusieurs de ces germes a été étudiée parallèlement. Les résultats ont été sensiblement les mêmes.

Ces expériences nous permettent de conclure qu'un germe, tant qu'il persiste dans l'organisme, conserve dans la limite de nos expériences toujours ses mêmes propriétés biologiques : son même pouvoir pathogène essentiel et sa même aptitude toxigène.

Election d'un membre titulaire. — M. Humbert est élu par 47 voix sur 66 votants. F. P. Merklem

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mai 1934.

De l'action de l'huile soufrée dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. M. Lœper, D. Mahoudeau et J. Tonnet ont observé que le soufre donne des résultats assez heureux dans de nombreuses maladies, mais en particulier dans le rhumatisme. Le cartilage articulaire a besoin de soufre, ce qui a pu être démontré :

1° Par le dosage du soufre dans les cartilages : au fur et à mesure de l'avance en âge, la chondrine disparaît.

2° Chez les rhumatisants il y a beaucoup moins de glutathion que chez l'individu normal.

3° Enfin dans les urines d'un sujet normal les deux tiers du soufre passent, alors que chez les rhumatisants il y en a beaucoup moins : le soufre paraît s'être fixé, ce qui peut faire admettre une appétence des tissus rhumatisants pour le soufre.

En ce qui concerne le *rhumatisme chronique*, les auteurs

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pensent que la différenciation entre arthroses et arthrites est trop nette, et qu'il y a en réalité mélange des deux types.

On a utilisé le soufre sous la forme de solution suivante :

Soufre	0gr,50
Camphre................	5 grammes.
Huile .... Q. S. P.	100

la dose étant d'environ 1 centimètre cube.

Les avantages retirés de ces préparations est la disparition des douleurs, ou tout au moins leur apaisement et la mobilisation plus facile des articulations. Il se produit de la fièvre, parfois même 38°,5 et même 39°, et ceci quelquefois avec retardement ; cette fièvre ne paraît pas être en rapport avec la dose injectée. D'autre part, pour avoir de bons résultats, il n'est pas nécessaire d'obtenir cette réaction fébrile.

Les solutions glycérinées et aqueuses de borate de soude. — M. R. Huerre signale les points suivants :

1° La glycérine boratée est toujours acide.

2° La réaction de la solution de borate de soude dans l'eau et la glycérine est toujours alcaline pour les grandes dilutions aqueuses. Elle peut être acide, même avec une grande quantité d'eau si la proportion de glycérine par rapport au borate de soude est très grande.

3° On peut obtenir une glycérine boratée et bicarbonatée à réaction alcaline en adoptant des doses convenables de bicarbonate de soude.

L'influence des injections de pepsine sur certains composants du sérum sanguin et particulièrement sur la cholestérolémie. — M. M. Debray signale que les injections de pepsine montrent que la cholestérolémie s'est abaissée chez 12 malades sur 15 et que dans 2 cas elle est restée stationnaire.

Les faits observés, spécialement l'abaissement du cholestérol sanguin, permettent de soupçonner que l'étape hépatique n'est pas indifférente, que la pepsine exerce peut-être une action sur le foie qu'elle traverse. Et l'on est alors en droit de supposer que la pepsine jusqu'ici considérée comme un ferment strictement digestif et gastrique, constitue peut-être l'excitant ou l'un des excitants physiologiques d'une des plus importantes fonctions de la glande hépatique. La pepsine serait alors une véritable hormone.

Marcel Laemmer.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 mai 1934.

Emphysème sous-cutané. — M. Comby, à l'occasion de la présentation par M. Armand-Dellile à la séance précédente d'un nourrisson atteint d'emphysème sous-cutané généralisé, rappelle les principales publications faites sur ce sujet.

M. Hallé insiste sur ce fait qu'il est souvent difficile de préciser, même après autopsie, le mécanisme qui est à l'origine de l'emphysème sous-cutané ; il en a notamment observé un cas à la suite d'une varicelle. Peut-être faut-il incriminer une prédisposition spéciale de certains sujets.

Abcès du poumon chez un nourrisson de quinze mois. — MM. Nobécourt et Ducas rapportent l'observation d'un abcès du poumon à staphylocoques apparu chez un nourrisson de quinze mois ; il évolua sous le masque d'une bronchopneumonie, mais fut soupçonné par l'apparition d'une vomique et confirmé par l'examen radiographique et la ponction exploratrice. Une intervention fut pratiquée qui fut suivie de la mort de l'enfant.

Les auteurs insistent sur la rareté des abcès pulmonaires à staphylocoques chez le nourrisson.

Résultats éloignés des interventions pour tumeur du cerveau chez l'enfant. — M. Clovis Vincent, Mlle Rappoport et Mme Roudinesco présentent une série de jeunes malades âgés de quatre à quinze ans opérés pour hypertension intracranienne depuis trois ans à quelques mois : 7 cas de tumeur de la fosse postérieure qui étaient tous des astrocytomes du cervelet, un cas de tubercule de la région pariétale droite, un cas de gliome du pli courbe, un cas de craniopharyngiome, un cas de méningite séreuse post-otitique.

Les auteurs insistent sur la prédominance chez l'enfant des tumeurs du cervelet et sur les conditions qui influencent le pronostic opératoire immédiat et les résultats éloignés : nature histologique de la tumeur (dans la fosse postérieure, seuls les astrocytomes donnent des guérisons que l'on peut croire définitives), siège de la tumeur, qui est parfois développée dans le plancher du quatrième ventricule et de ce fait rendue inextirpable en totalité (épendymomes) ou qui peut avoir une localisation inaccessible comme certains astrocytomes, degré d'hydrocéphalie, les hydrocéphalies considérables par tumeur oblitérant l'aqueduc de Sylvius ne pouvant être désosbstruées sans entraîner un brusque déséquilibre qui dans un certain nombre de cas ne pourra être compensé.

Dans les cas favorables de tumeurs bénignes précocement diagnostiquées, le résultat fonctionnel est excellent.

En ce qui concerne les tubercules, les seuls dont l'ablation donne des survies prolongées et peut-être même des guérisons, sont ceux des hémisphères cérébraux.

Les auteurs insistent sur l'intérêt d'un diagnostic précoce et sur les progrès réalisés dans la technique opératoire qui permettent d'obtenir, en cas de tumeurs bénignes et extirpables, des résultats qui s'améliorent d'un cas à l'autre.

Ictère hémolytique chez un garçon de dix ans. — MM. Babonneix, Maurice Lévy et Golé présentent un enfant atteint depuis sa troisième semaine d'un ictère hémolytique comme le montre, en plus de l'hépato-splénomégalie, l'examen du sang. Il n'existe aucune raison de penser à l'hérédo-syphilis ou à la tuberculose. Étant donnés la gravité de l'anémie et le caractère subintrant des crises ictériques, les auteurs se proposent de recourir prochainement à la splénectomie.

Syndrome pyramido-cérébelleux chez une petite hérédo-syphilitique. — MM. Babonneix et Guilly présentent une enfant de quatre ans porteuse d'une carie noire, donc hérédo-syphilitique, chez laquelle est survenu insidieusement un syndrome pyramido-cérébelleux.

Résultats éloignés de la splénectomie dans un cas d'anémie pseudo-leucémique. — M. Babonneix présente une fillette opérée il y a trois ans de splénectomie pour anémie pseudo-leucémique et dont l'état de santé est aujourd'hui parfait, bien que sa formule sanguine ne soit pas encore normale.

André Bohn.

NOUVELLES

AVIS. — Dans ce numéro de *Paris Médical* et dans le prochain, il n'y aura pas de feuille des dernières nouvelles.

Médecins présents à Paris pendant les vacances. — *Paris Médical*, dans le but d'être utile aux confrères et aux malades pendant les mois de vacances, publiera les noms, adresses et spécialités de médecins restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

M. Chevalley (médecin des hôpitaux), 7, boulevard Raspail, sera absent du 1er au 25 août ; M. Ph. Ledoux, 38, boulevard Saint-Michel, sera présent en août ; M. Levassor (gastro-entérologie, rayons X), 11, avenue de Suffren, sera présent jusqu'au 15 septembre ; M. Alban Girault (gastro-entérologie), 29 *bis*, rue Demours, sera présent en août ; M. Henri Beau (électroradiologiste des hôpitaux), 34, rue de l'Arcade, sera présent en septembre ; M. P. Charpy (électroradiologiste), 3, avenue Marceau, sera présent en août ; M. H. Lagrange (ophtalmologiste des hôpitaux), hôpital Beaujon et, 5, rue de Chaillot (16e), sera à Paris en août ; M. Kaplan (médecine infantile), 12, rue César-Franck, sera présent en août ; M. André Béchade (chirurgie-gynécologie), 74, rue Jouffroy, sera absent de Paris en août ; M. Maurice Bariéty (médecin des hôpitaux), 77, rue de Monceau, sera à Paris du 24 août au 1er octobre ; M. Pierre Collin (oto-rhino-laryngologiste), 13, rue Bernoulli, sera présent à partir du 23 août ; M. Grisel (chirurgien), 11, rue Bonaparte, sera absent du 10 au 20 août ; M. H. Lebourg (stomatologiste des hôpitaux), 176, boulevard Haussmann, sera présent en août et septembre ; M. Deseaux (dermatologie), 7, rue de Phalsbourg, sera absent du 1er août au 1er septembre ; M. Marcel Delestre (accoucheur et gynécologie), 89, avenue de Villiers, sera présent jusqu'au 1er octobre ; M. André Lambling (médecin des hôpitaux), 20, rue Greuze (16e), sera à Paris jusqu'au 18 août et à partir du 25 septembre ; M. Albert Julia (gynécologie), 114, boulevard Raspail, sera à Paris du 15 août au 1er octobre ; Mlle Gabrielle Lévy (maladies nerveuses), 56, rue d'Assas (6e), sera à Paris en septembre ; M. Fernand Benoist (médecine générale et infantile), 78, rue des Saints-Pères, sera à Paris en août et septembre ; M. P. Isaac-Georges (médecine infantile), 5, avenue Daniel Lesueur, sera présent en août ; M. Gilbert Dreyfus (médecin des hôpitaux), 21, avenue du Président Wilson, sera présent tout le mois d'août ; M. P.-A. Digeon, chirurgien, 25, avenue Mac-Mahon, sera présent du 15 août à fin septembre ; M. Pierre Van de nBossche (oto-rhino-laryngologiste), 41, rue Saint-Ferdinand, sera à Paris tout l'été (sauf les dix premiers jours de septembre); M. Henri Schaeffer, (médecin de l'hôpital Saint-Joseph) (maladies nerveuses), 170, rue de la Pompe (16e), continuera ses consultations régulièrement pendant les mois d'août et de septembre ; M. Poumailloux (médecine générale et cardiologie), 38, avenue Charles-Floquet, absent du 15 août au 20 septembre. Le reste des vacances à Paris, sauf le soir et la nuit, téléphoner à Gif no 74 ; M. Belgodère (Saint-Lazare) (dermato-vénéréologiste), 69, rue Rochechouart ; présent en août et septembre ; M. R. de Brun (médecin des hôpitaux), 221, faubourg Saint-Honoré, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. A.-P. Granet (oto-rhino-laryngologie), 60, avenue Malakoff (16e), sera à Paris jusqu'au 25 septembre ; M. Paul J. Petit (ophtalmologiste), 10, rue de Bourgogne, présent en août ; M. Le Noir (médecin des hôpitaux), 156, rue de Rivoli ; M. G. Solente (dermatologie), 35, rue de Vaugirard, seront à Paris en août ; M. Edgar Bernard (oto-rhino-laryngologie), 66 *bis*, rue Saint-Didier (16e), sera présent à Paris pendant toutes les vacances ; M. Henry Guillon (oto-rhino-laryngologiste), 14, rue César-Franck, sera absent du 15 au 30 août ; M. Louis H. Leroux (oto-rhino-laryngologiste), 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera à Paris à partir du 10 septembre ; M. Louis Grollet (voies urinaires et gynécologie), 7, rue Gustave-Nadaud (16e), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. L. Rouquès (neurologie), 7, rue Gounod, sera à Paris en août et septembre ; M. Ovide Bergenstein (voies digestives, transfusion du sang), 142, rue Ordener (18e), sera à Paris en août et septembre ; M. Tortat (gynécologie), 70, rue d'Assas, sera à Paris jusqu'au 15 septembre ; M. J.-E. Marcel (urologie, gynécologie), 39, avenue de Saxe (7e), sera à Paris en août ; M. Th. Laennec (accouchements et gynécologie), 150, avenue Victor-Hugo, sera à Paris en août et septembre ; M. M.-A. Dollfus (ophtalmologie), 6, rue de l'Alboni (16e), sera à Paris en août ; M. Renaux (électroradiologiste), 21, rue Brezin (14e), sera à Paris en août et septembre ; M. Baratoux (oto-rhino-laryngologiste), 54, rue Bassano (8e), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Et. Polacco (laboratoire tranfusion), 3, rue Crevaux (16e), sera à Paris en août et septembre ; M. Pierre Eloy, 15, rue du Louvre, sera absent du 1er au 23 août ; M. Raymond Tournay (affections des veines), 2, rue Dupuytren (6e), sera absent du 20 août au 25 septembre ; M. Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (8e), sera à Paris jusqu'au 15 septembre ; M. Poujol (oto-rhino-laryngologiste), 1, boulevard Beaumarchais (4e), sera à Paris pendant tout l'été ; M. Paul Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine (accoucheur des hôpitaux), 203 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. E.-P. Granet (laryngologie, chirurgie de la tête et du cou), 60, avenue de Malakoff, sera à Paris jusqu'au 20 septembre ; M. H. Roulland (gynécologie), 15, avenue d'Orsay (7e), sera absent de Paris du 5 août au 6 septembre; M. P. Jourdy (ophtalmologie), 31, rue Bayen, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. Félix Rose, 1, boulevard Voltaire, sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Roger Rossani (ophtalmologie), 113, rue de la Tour (16e), sera à Paris jusqu'au 15 août et à partir du 4 septembre ; M. M. Gommès (neuro-psychiâtrie), 5, rue Parrot (12e), sera à Paris en août ; M. Pierre Lejeune (gynécologie et obstétrique), 44, avenue de Suffren, sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. M. Gandy (chirurgien), 142, rue de Courcelles (17e), sera à Paris en août et septembre ; M.M. Gaucher, 36, avenue de la Bourdonnais (7e), sera à Paris jusqu'au 10 septembre ; M. A. Galliot, 74, rue de Rome, sera à Paris en août et septembre ; M. Bornet (médecin stomatologiste), 118, boulevard Raspail (6e), sera à Paris en août et septembre ; M. Georges Basch (médecin des hôpitaux), 167, boulevard Malesherbes (17e) sera à Paris jusqu'au 1er septembre ; M. Lucien Girard (analyses biologiques), 100, rue de l'Université (7e), sera à Paris à partir du 17 septembre ; M. Maurice Lamy (médecin des hôpitaux), 7, rue Davioud, sera à Paris en août et septembre ; M. Antoine Basset, professeur agrégé (chi-

NOUVELLES *(Suite)*

rurgien), 153, boulevard Haussmann, sera à Paris à partir du 4 septembre ; M. J. Comby (pédiatrie), 195, faubourg Saint-Honoré (8e), sera à Paris jusqu'au 25 août; Mlle Dreyfus-Sée (pédiatrie), 12, avenue Pierre-Ier-de Serbie (16e), sera à Paris en août ; M. E. Hautefeuille (phtisiologie), 51, avenue de Suffren (7e), ne s'absente pas ; M. Marcel Thalheimer (chirurgien des hôpitaux), 24, avenue du Recteur-Poincaré, ne s'absente pas ; M. Pierre Dubail (chirurgien), 3, square de la Tour-Maubourg (7e), sera à Paris à partir du 15 septembre ; M. Pierre-Paul Lévy, 43, avenue Paul-Doumer, reste à Paris pendant les vacances ; Mme Marcel Blanchy (phtisiologie), 36, rue Vaneau (7e) sera à Paris en août et septembre ; M. Henri Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon, 9, rue Bridaine, sera à Paris jusqu'au 25 août ; M. Maurice Sureau (gynécologie et obstrétique), 11, rue Portalis (8e), sera à Paris tout l'été ; M. G. Remi Néris (oto-rhino-laryngologiste), 2, avenue Foch (8e), sera présent à Paris à partir du 20 août ; M. Schmite (neurologie), 28, rue de Turin, sera à Paris en août et septembre ; M. Marc Iselin (chirurgie), 71, avenue Marceau (16e), sera présent à Paris en août et septembre.

Naissance. — M. le Dr et Mme Roux-Dessarps font part de la naissance de leur fils Michel, petit-fils de M. le Dr Georges Baillière.

Nos bien sincères félicitations.

XIVe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord à Québec. — Une *réunion pédiatrique* se tiendra le mardi 28 et le mercredi 29 août à l'hôpital de l'Enfant Jésus à Québec, de 9 heures à 12 heures. Cinq sujets ont été retenus par les discussions : *Troubles digestifs aigus des nourrissons ; Broncho-pneumonies infantiles, leur traitement ; Poliomyélite épidémique ; Empyèmes de l'enfant et leur traitement ; États choréiques et cardiopathies consécutives.*

Clinique obstétricale Baudelocque (professeur : A. Couvelaire). — Cours de vacances. — Un cours de pratique obstétricale et un cours de perfectionnement avec stage auront lieu à la clinique Baudelocque, le premier d'une durée de deux semaines, du 27 août au 8 septembre, le second d'une durée de quatre semaines, du 2 au 28 octobre.

Cours de septembre. — Ce cours sera dirigé par M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Ravina, Digonnet et Sureau, accoucheurs des hôpitaux, de MM. Powilewicz, Seguy, Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique, Mlle Fayot, chef de clinique, M. François, chef de clinique adjoint, Mme Grand, MM. Lepage et Bonnet, internes des hôpitaux.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 14 h. 30. Les auditeurs sont individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. *Lundi 27 août.* — 9 h. 30 à 11 heures. M. Bonnet : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi. M. Lacomme : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — 14 h. 30. Mlle Fayot : Diagnostic des présentations.

Mardi 28 août. — 9 h. 30 à 11 heures. Mlle Fayot : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi. M. Digonnet : Complication de la délivrance. — 14 h. 30. Mme Grand Forceps dans les variétés directes.

Mercredi 29 août. — 9 h. 30 à 11 heures. M. Bonnet : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi. M. Lacomme : Présentations de malades. — 14 h. 30. M. Ravina : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation. — 15 h. 30. M. Bonnet : Forceps dans les variétés obliques antérieures.

Jeudi 30 août. — 9 h. 30 à 11 heures. M. Lacomme : Visite au pavillon des tuberculeuses. — 11 heures à midi. M. Sureau : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 30. M. Bonnet : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

Vendredi 31 août. — 9 h. 30 à 11 heures. Mme Anchel-Bach : Consultations des femmes enceintes. — 11 heures à midi. M. Sureau : Discussion d'observations. — 14 h. 30. M. Lepage : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 1er septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. M. Bonnet : Visite à l'isolement septique. — 11 heures à midi. M. Lacomme : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 30. Mlle Fayot : Visite du musée. — 15 h. 30. Mlle Fayot : Extraction du siège.

Lundi 3 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. Mlle Fayot : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi. Mme Anchel-Bach : Albuminerie et éclampsie convulsive. — 14 h. 30. M. Lepage : Version par manœuvres internes.

Mardi 4 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. Mme Anchel-Bach : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi. M. Digonnet : Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 14 h. 30. M. Sureau : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

Mercredi 5 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. M. François : Visite dans les salles de gynécologie. — 11 heures à midi. M. Lacomme : Présentations de malades. — 14 h. 20. M. Sureau : Complications de l'avortement. — 15 h. 30. M. Lepage : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 6 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. M. Lacomme : Visite à l'isolement septique. — 11 heures à midi. M. Sureau : Discussion d'observations. — 14 h. 30. M. Seguy : Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — Mlle Fayot : Basiotropsie.

NOUVELLES *(Suite)*

Vendredi 7 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. M[lle] Fayot : Visite dans les salles de suites de couches. — 11 heures à midi. M. Lacomme : Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 30. M. Sureau : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 8 septembre. — 9 h. 30 à 11 heures. M[me] Anchel-Bach : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi. M. Powilewicz : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile. — 14 h. 30. M. Lepage : Visite du musée. — 15 h. 30. M. Séguy : Mort apparente du nouveau-né.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 200 francs.

Le XXV[e] anniversaire de l'École Dentaire Belge. — L'Association Générale des Dentistes de Belgique a fêté, dernièrement, le XXV[e] anniversaire de l'École dont l'initiative est due aux groupements professionnels. Ceux-ci, dès 1909, décidèrent l'organisation d'un enseignement professionnel et, quelques années après, l'École, installée tout d'abord dans des locaux provisoires, s'établissait définitivement dans un magnifique immeuble appartenant à l'Association et situé chaussée d'Etterbeek. Le programme de la journée jubilaire comportait : le matin, une séance académique honorée de la présence de nombreuses autorités.

L'après-midi a eu lieu une séance scientifique d'un tout particulier éclat. En effet, quatre des principales écoles dentaires étrangères ont délégué un de leurs professeurs les plus réputés pour apporter à l'École Jubilaire leur collaboration scientifique. Les invités de l'Association ont ainsi eu le plaisir de pouvoir entendre les professeurs Grandclaude, de Paris; Bakker, d'Utrecht; G. Villain, de Paris, et Korkhaus, de Bonn, Ces quatre conférenciers ont traité respectivement les sujets suivants : 1. Laboratoire de biologie et écoles dentaires ; 2. Toegepaste wiskunde in de protheseleer ; 3. Évolution des conceptions en matière de prothèse dentaire ; 4. Les bases rationnelles de la prophylaxie et du traitement précoce en dentisterie infantile. Leur application pratique à Bonn. La journée s'est terminée par un fastueux banquet.

Cosmobiologie. — Sous les auspices de la Société médicale du Littoral méditerranéen, de l'Office météorologique de la ville de Nice et de l'Institut d'études des radiations solaires, terrestres et cosmiques (fondé à Nice, en 1932), une revue va paraître, nommée *Cosmobiologie* et consacrée aux sciences anciennes et modernes, ayant pour objet l'étude des relations de la vie terrestre avec les forces de l'Univers. Cette revue publiera les conférences qui ont été données, l'hiver dernier, sous le patronage de M. J. Médecin, maire de Nice, et la présidence du professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, ainsi que celles qui seront données durant les sessions suivantes. La revue publiera aussi des mémoires sur des sujets relatifs à son objet et fera une large place aux recherches originales.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

11 Aout. — *Paris.* Faculté de médecine. Fermeture de la bibliothèque.

16 Aout. — *Clermont-Ferrand.* Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

26 Aout. — III[e] Voyage Pyrénées-Océan.

27 Aout. — Départ du Voyage « La Passion à Oberammergau ».

27 Aout. — *Québec.* Congrès français de médecine.

2 Septembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 Septembre. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 au 5 Septembre. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 Septembre. — *Venise.* Congrès international d'électro-radio-biologie.

15 Septembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1[er] bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

17 Septembre. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine de Tours.

19 Septembre. — *Villes d'académie.* Dernier délai d'inscriptions pour un concours d'agrégation au deuxième degré.

20 Septembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

22 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscriptions des candidats au concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école de médecine d'Amiens.

23-24 Septembre. — *Châtel-Guyon.* Congrès de la colibacillose, des infections et des intoxications d'origine intestinale.

30 Septembre. — *Nice.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hospices civils de Nice.

30 Septembre. — *Paris.* Congrès italien d'hygiène.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ

Aix-les-Bains, 28 juin-1er juillet 1934.

Thérapeutique.

Crénothérapie. — M. le professeur GIRAUD et M. le professeur agrégé PUECH (de Montpellier). — La crénothérapie de la polyarthrite chronique progressive généralisée dérive de deux grands groupes d'indications :

1° Les unes sont tirées de la forme évolutive des symptômes et des lésions ; ce sont les plus importantes, elles sont impérieuses en général et exigent la priorite.

2° Les autres résultent de l'analyse du terrain qu'il faut concurremment traiter. Elles sont secondaires. Il ne paraît pas en effet exister un terrain propre à la polyarthrite chronique ; mais il faut tenir compte de toutes les indications associées, humorales et viscérales, dans le traitement de cette lourde et décevante affection.

Dans l'ignorance encore grande où nous sommes, nous ne pouvons actuellement parler d'indications étiologiques.

La crénothérapie de la polyarthrite chronique progressive généralisée a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est *appliquée plus tôt et répétée avec plus de persévérance*.

On recherche :

a. La sédation des phénomènes douloureux, des déséquilibres sympathiques, des poussées congestives ;

b. La résolution des reliquats, soit récents, soit anciens ;

c. La récupération fonctionnelle ;

d. La transformation concomitante de l'état général.

Les polyarthritiques sont donc appelés à user de la totalité des ressources des domaines hydrominéraux.

Toutefois, les médications externes sédatives et résolutives sont de beaucoup les plus importantes.

Les formes de début, au déclin de la poussée fluxionnaire initiale, relèvent des stations sédatives, parmi lesquelles la tolérante Bourbon-Lancy a une dilection spéciale pour les affections du système locomoteur, et, après refroidissement complet, des cures sulfurées douces dont Aix est le type.

Il ne faut pas attendre le retour de poussées nouvelles pour instituer des cures d'entretien ou de prévention.

Le polyarthritique, à la période d'état, dispose de l'ensemble des ressources résolutives et sédatives des stations spécialisées qui possèdent des eaux thermales, simples ou assimilées, ou des eaux sulfurées chaudes, ou des eaux chlorurées sodiques faibles chaudes, ou des boues.

Les premières s'adressent surtout aux formes les plus douloureuses, les plus intolérantes. Les autres sont soit franchement sédatives, soit franchement résolutives, soit bipolaires : Aix-les-Bains est le type de ces dernières, en raison de la modération intrinsèque de la formule de ses eaux sulfurées — qui peut être, le cas échéant, corrigée par une action de masse, — en raison aussi de la variété de ses techniques, dont la douche-massage est le moyen résolutif capital, le berthollet le moyen sédatif.

Les cures doivent être prolongées, répétées, variées, alternées avec patience, complétées par des associations médicamenteuses telles que la chrysothérapie, dont la crénothérapie paraît renforcer les effets heureux, et par des interventions physiothérapiques; leurs résultats diffèrent parfois curieusement d'une année à l'autre, et un échec momentané ne doit entraîner ni scepticisme ni découragement.

La crénothérapie, seule ou associée, est capable de calmer les douleurs des polyarthritiques, de ralentir, sinon d'enrayer vraiment (bien que des faits de cet ordre aient été apportés) la marche de l'affection, de réduire les dégâts résiduels de chaque poussée nouvelle.

Son rôle est donc limité, mais utile. Et l'on ne saurait négliger son appoint, si l'on songe au sort misérable des malades, bien souvent jeunes, que frappe la polyarthrite chronique symétrique généralisée.

Traitement orthopédique des grands rhumatismes déformants. — M. le professeur Paul MATHIEU et M. le Dr Robert DUCROQUET (de Pau). — Les grands rhumatismes déformants aboutissent assez souvent à de véritables infirmités qui nécessitent l'intervention du chirurgien orthopédiste, ankyloses partielles ou totales, limitations de mouvement, raideurs, déformations, attitudes vicieuses.

Localisés aux genoux qu'ils fixent en flexion ou aux hanches qu'ils immobilisent en demi-flexion, ces accidents articulaires interdisent aux malades de se tenir debout, de marcher ou même de s'asseoir.

Aux membres supérieurs, ils rendent impossible tout acte de préhension, du fait de l'ankylose du poignet ou des doigts en extension. La mastication elle-même est condamnée chez certains sujets.

Les lésions anatomiques varient suivant les cas et suivant le stade de l'affection. Aussi, les traitements qu'i conviennent d'instituer diffèrent-ils assez notablement.

Pour les articulations qui ont conservé une mobilité assez grande, il suffit de leur imposer des mouvements passifs d'une amplitude progressive. On récupère ainsi un jeu normal, et l'emploi d'appareils à redressement progressif complète le traitement, assure le gain obtenu.

Mais, que l'on emploie les appareils plâtrés à chambre libre, les appareils à secteurs (en celluloïd) ou les appareils à traction élastique, il faut toujours s'appliquer à éviter les traumatismes, qui déterminent les réactions articulaires, lesquelles sont elles-mêmes suivies de nouvelles limitations de la mobilité. D'où importance de suivre une technique minutieuse dans les diverses étapes du redressement, technique qui varie d'ailleurs avec l'appareil employé.

Pour les articulations dont les mouvements présentent une limitation serrée, on les amènera à la position la plus favorable à l'utilisation du membre : extension pour le membre inférieur, flexion pour le membre supérieur. On agit ici par séances de redressement manuel suivies de la pose d'appareils plâtrés en une ou plusieurs séances. Ainsi traitées, certaines articulations s'avèrent capables de récupérer quelque mobilité. On oriente le traitement en conséquence. Sinon, on vise à établir l'ankylose en position favorable.

Pour les grandes ankyloses osseuses (exceptionnelles), il convient de recourir aux interventions chirurgicales proprement dites : ostéotomies, arthroplasties... afin d'obtenir le redressement d'attitudes vicieuses ou quelquefois la

(1) Association de la Presse française.

mobilisation des segments articulaires. Quant au traitement de convalescence, il varie selon qu'on se trouve en présence d'une ankylose serrée ou d'une articulation largement mobile : ici triomphent les appareils à verrou.

Tel est le traitement orthopédique des lésions constituées. Mais, si on s'y prend à temps, il est possible d'empêcher l'apparition même de ces lésions. Les positions et attitudes vicieuses, ankyloses, etc., ne sont, en effet, que la fixation des attitudes que le malade adopte pendant ses crises, à cause du soulagement qu'elles lui apportent. Le médecin devra surveiller son malade et l'empêcher de prendre ces attitudes, bienfaisantes certes pour sa sensibilité, mais dangereuses pour l'avenir de ses fonctions Mieux, il lui fera prendre des attitudes correctrices.

Les exercices de posture et les appareils de posture réalisent une véritable prophylaxie des grandes infirmités du rhumatisme chronique.

La part de l'infection dans les rhumatismes chroniques. — Sir William Willcox, K.C.I.E., C.B., C.M.G. M.D., F.R.C.P. (Londres), médecin chef du St Mary's Hospital (Londres). — Nous éliminons de notre cadre le rhumatisme dû à des micro-organismes spécifiques, tels que le bacille tuberculeux, le bacille dysentérique, le gonocoque, etc.

Un grand nombre de cas de rhumatismes chroniques ont comme facteur étiologique un processus infectieux présent dans l'organisme, et cette infection joue un rôle important dans le déterminisme des lésions des articulations et des tissus fibreux. Dans la plupart des cas, une infection à streptocoques qui a pour point d'origine un ou plusieurs foyers existant dans l'organisme, sert de facteur étiologique. Le streptocoque est en général du type viridans, dans quelques cas il appartient au groupe hémolytique et dans d'autres cas au groupe indifférent.

Le foyer d'infection peut siéger dans les dents, les amygdales et le naso-pharynx, les intestins, l'appareil génito-urinaire, etc. Il est très commun de trouver des infections secondaires de l'intestin, conséquences de l'infection essaimée à partir d'un foyer primitif de la bouche ou du naso-pharynx.

Beaucoup de chercheurs ont prétendu avoir prouvé d'une façon péremptoire que le rhumatisme chronique relève d'une infection streptococcique ; mais il est désirable d'attendre de nouvelles recherches confirmatives.

Les auto-vaccins sont précieux : mais leur emploi exige un soin particulier, puisque le dosage adéquat varie avec les individus. Dans les cas de sensibilisation ou d'allergie les vaccins doivent être évités, ou être utilisés avec les plus grandes précautions, à très petites doses.

Le traitement par les sérums antistreptococciques trouve son indication dans les cas aigus ou subaigus ; mais il vaut mieux l'éviter dans les cas chroniques.

La thérapeutique de shock protéinique est parfois suivie d'une amélioration temporaire, mais cette dernière est rarement permanente.

Chimiothérapie du rhumatisme chronique déformant progressif généralisé. — MM. le professeur F. Rathery et le Dr J. Lacapère (Paris). — Les rapporteurs envisagent le rhumatisme chronique déformant progressif dans son sens le plus vaste.

Ils distinguent d'une part le terrain, et d'autre part, les agents de ce type de rhumatisme. Si le terrain est un, les causes sont multiples. Cette distinction servira de base à leur rapport.

I. *Médicaments susceptibles de modifier le terrain.* — Un même agent produira chez certains sujets une arthrite simple, chez un autre du rhumatisme. Pour que le rhumatisme évolue, il faut que l'agent étiologique frappe un terrain prédisposé. Les rapporteurs conservent pour caractériser le terrain le vieux terme d'*arthritisme*, si combattu, et qui renferme cependant une idée exacte. Si nous sommes incapables, peut-être, de caractériser encore d'une façon complète l'état arthritique, il n'en constitue pas moins un « état diathésique », comme l'avaient fort bien vu les anciens cliniciens. L'arthritisme peut être actuellement défini « une attitude spéciale que présente, chez certains individus, le tissu conjonctif à réagir en présence de certaines excitations ». On peut schématiquement admettre, comme thérapeutique visant le terrain arthritique :

a. Les médications opposées aux manifestations morbides héréditaires : iode, arsenic, opothérapie ;

b. Les médications s'adressant aux manifestations d'un trouble physico-chimique : phosphore, soufre, alcalins, uricolytiques ;

c. Les médications des dysfonctionnements biologiques : anticolloïdoclasie, corps radio-actifs.

II. *Médication opérant sur l'agent causal.* — Les rapporteurs étudient successivement : le rôle des traumatismes, des intoxications, des glandes endocrines, du système nerveux, et surtout des infections. Ils tentent à ce sujet de distinguer les formes toxiques et les formes infectieuses.

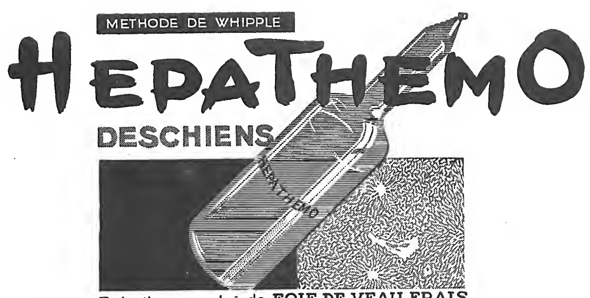
Au point de vue des infections, ils étudient les médications destinées à agir sur les infections générales, focales ou locales. Ils insistent surtout sur l'*aurothérapie*. Ils montrent les résultats remarquables de cette thérapeutique, qui n'est pas cependant sans danger, et doit être maniée avec une extrême prudence.

Formes cliniques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. P. Abrami et R. Parlier (de Paris). — Après avoir montré la confusion qui peut naître des recherches bactériologiques ou chimiques dont les données sont souvent contradictoires, M. Abrami pressent que l'étude clinique seule va nous permettre un groupement rationnel des formes. En restant avec Charcot sur le plan de la clinique, il s'attache à décrire au R. C. G. P. deux formes principales, l'une infectieuse, l'autre diathésique.

Il étudie donc d'abord la *polyarthrite chronique progressive d'allure infectieuse* et ses variétés cliniques, dont le type Chauffart-Still. Il mentionne ensuite d'autres variétés et notamment une forme disloquante fébrile dont il a observé 2 cas. Le nombre de ces variétés augmente tous les jours.

Se basant sur l'origine, le rapporteur étudie ensuite les formes étiologiques. De cet examen « il reste que parmi les polyarthropathies rhumatismales chroniques, un groupe clinique s'individualise nettement ; que dans l'ensemble, il s'oppose, par toute une série de symptômes d'apparence infectieuse, aux rhumatismes dits diathésiques ou trophiques et que, pour certains d'entre eux, la réalité de l'infection a déjà été démontrée par la mise en évidence du germe causal ».

Le rapporteur étudie ensuite la *polyarthrite chronique*



Extrait concentré de **FOIE DE VEAU FRAIS**

Ampoules buvables, Sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE,
9 RUE PAUL BAUDRY, PARIS VIII[e]

St des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)

SAINT ARÉ

EAU SULFATÉE SODIQUE
à 6‰ DU TYPE CARLSBAD
MARIENBAD

3 INDICATIONS PRINCIPALES

Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

progressive déformante d'allure diathésique. C'est la maladie de Charcot proprement dite que le rapporteur décrit en signalant au passage quelques-uns de ses aspects particuliers, en s'arrêtant sur l'étiologie endocrinienne.

En résumé, l'auteur a distingué deux grandes formes, l'une d'allure infectieuse, l'autre d'allure diathésique, formes dont les différences ne sont pas toujours très accentuées et dont les variétés sont innombrables. Ici, comme partout ailleurs en pathologie humaine, l'*observation clinique* a une importance fondamentale.

« C'est dans une sémiologie rigoureuse, dans une recherche minutieuse, au milieu des complexus symptomatiques du rhumatisme, de la dominante clinique, dans l'étude suivie des modalités évolutives et des résultats fournis par les traitements d'épreuve, que le praticien trouvera ses guides les plus sûrs. »

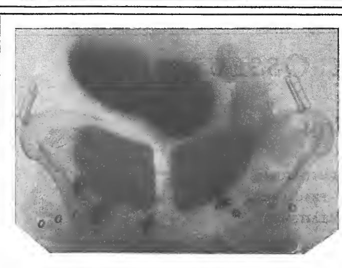
Traitement chirurgical du rhumatisme chronique. — M. R. Leriche. — Il faut d'abord éliminer de la question tous les traitements chirurgicaux qui ne visent pas à arrêter la maladie, et qui ont simplement pour objectif la sédation de la douleur, ou un but orthopédique.

L'auteur examine à ce point de vue le traitement des mono-arthrites déformantes, des ankyloses rhumatismales, vicieuses ou non, et, finalement, il aborde le problème du traitement chirurgical de la polyarthrite déformante progressive, c'est-à-dire d'un traitement qui, s'il était employé à temps, préviendrait l'apparition des contractures, des douleurs, des déformations. A l'heure actuelle ce traitement n'existe pas. Les essais tentés ne se sont adressés qu'à des formes très avancées de la maladie, à un stade où aucune thérapeutique pathogénique n'est plus possible.

L'auteur cherche donc à examiner la manière de poser le problème. Il pense qu'il est nécessaire, pour aboutir, de considérer *la polyarthrite non pas comme une maladie d'organe, mais comme une maladie de tissu.* Pour lui, *une articulation n'est pas au point de vue pathologique un organe, mais un arrangement de tissu conjonctif en divers états métamorphiques.* L'essentiel est de voir les possibilités évolutives de ces divers éléments conjonctifs : il y a quatre types conjonctifs à examiner.

1° *Le cartilage*, nourri par imbibition, n'ayant pas de vaisseaux, n'a pas de réaction pathologique propre. Il est peu actif physiologiquement, et n'intervient, à coup sûr, que secondairement dans la polyarthite.

2° *La synoviale* n'est que du tissu conjonctif en deux couches, dont l'externe seule est vascularisée. Quand celle-ci est hyperémiée, il s'y fait des poussées de croissance qui, refoulant la couche interne pseudo-endothéliale, se développent du côté de la cavité articulaire. D'où les *synovites villeuses* ou non, dont l'œdème crée *l'hydarthrose.* Dans ce tissu œdémateux, il peut se faire des ossifications et des chondrifications, s'il y a de l'os en raréfaction au voisinage. A propos de ces ossifications, l'auteur examine la *question de l'ostéogenèse*, et rapporte des expériences inédites, montrant que l'ossification est un phénomène humoral, et non pas un phénomène cellulaire. L'étude des réactions de la synoviale conduit à cette



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

conclusion que, par le **mécanisme de l'hyperémie**, *la synoviale peut réaliser la plus grande partie des lésions de l'arthrite déformante.*

3° *Les ligaments*, par eux-mêmes, n'ont pas de réaction pathologique intéressante. Mais ils sont doublés d'importantes formations nerveuses qui, physiologiquement, mettent les articulations en diverses positions, en synergie avec les muscles. A l'état pathologique, les ligaments, *à cause de leur état de porte-nerfs*, jouent donc un grand rôle, mais d'ordre secondaire.

4° *L'os*. Pour l'auteur, le phénomène essentiel de la vie osseuse normale et pathologique est l'*ostéolyse*, parce que l'ostéolyse est la condition nécessaire de toutes les ossifications.

L'auteur étudie les agents physiologiques de l'ostéolyse. Il y en a deux, *l'hormone parathyroïdienne* et *l'hyperémie active*. L'auteur étudie en détail l'ostéolyse physiologique d'origine parathyroïdienne, et montre ce que l'on peut obtenir expérimentalement, en injectant de la parathormone. Il en résulte que des états parathyroïdiens, *inapparents et temporaires*, peuvent produire des ostéolyses, dont des ossifications définitives seront le seul témoin. Il se demande si, dans ces conditions, les parathyroïdes n'interviennent pas souvent dans le mécanisme de réalisation de la polyarthrite déformante.

De même, l'hyperémie, en produisant l'ostéolyse suivie d'ostéogenèse, peut parfaitement inaugurer le début de la maladie polyarticulaire.

***

Dans une dernière partie, l'auteur étudie le *rôle pathologique des foyers de nécrose osseuse* qui, au niveau des épiphyses, peuvent produire des ossifications et des chondrifications dans la capsule.

Il rapporte des faits expérimentaux qui le montrent.

En définitive, la polyarthrite progressive paraît ne pouvoir se réaliser que de trois façons :

1° *Par l'intermédiaire des troubles vasomoteurs*, agissant sur la synoviale, pour y produire la synovite proliférante et l'hydarthrose, et sur l'os épiphysaire, en y provoquant de l'ostéolyse qui conduit à des ostéogenèses anormales ;

2° *Par le moyen d'un déséquilibre calcique*, d'origine parathyroïdienne, temporaire ou permanent, très probablement temporaire. Il en résulte des raréfactions osseuses, conduisant à des ossifications anarchiques, alors que le processus parathyroïdien a depuis longtemps disparu.

3° *Par le moyen de nécroses épiphysaires focales*, dont l'ostéolyse lente produit des chondrifications et des ossifications dans la capsule et les ligaments.

***

Cette analyse de physiologie pathologique justifie les tentatives faites avec les sympathectomies, les parathyroïdectomies, les arthroplasties et les forages.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'auteur examine :

1° Les *parathyroïdectomies*, qui donnent de très brillants résultats, mais qui ne sont que rarement stables dans l'état actuel de nos connaissances. Il y a lieu de chercher pourquoi le résultat ne tient pas et quels sont les mécanismes de la récidive. Il est possible qu'il faille faire des interventions parathyroïdiennes de type différent, ou en combinaison avec des actions sympathiques. En tout cas, d'après son expérience, l'auteur n'est pas d'avis de les abandonner, bien loin de là.

2° Les *opérations sympathiques* tantôt échouent complètement, tantôt donnent de très bons résultats. L'auteur en rapporte un exemple très frappant, suivi pendant quatre ans et demi. Il pense que, là encore, il faut persévérer, en analysant le mieux possible les causes des échecs.

3° L'*arthroplastie*, qui lui a donné dans certains cas de beaux résultats. Il en cite un, suivi pendant onze ans, un autre de dix-huit ans et un de quatre ans. Il pense que la *suppression des ligaments péri-articulaires* est un des éléments de la valeur thérapeutique de l'arthroplastie, parce que, en les excisant, on fait une *large neurectomie périphérique*.

4° Le *forage de Duvernay*, peut-être en supprimant des foyers d'os mort, à coup sûr en provoquant une mutation calcique locale, suivie d'ostéogenèse, donne dans beaucoup de cas des résultats encourageants. L'étude de cette méthode doit être poursuivie.

Le régime dans le rhumatisme progressif généralisé. — MM. Pierre-P. RAVAULT (de Lyon) et Jacques GRABER-DUVERNAY (d'Aix-les-Bains). — « Si l'on met à part quelques rares cas d'espèce, la diététique des R. C. P. G. peut se ramener à une formule simpliste : pas de restrictions ; alimentation abondante, large et variée.

« Cette ligne de conduite, en somme purement négative, n'est plus guère discutée aujourd'hui ».

Les auteurs tiennent à réagir contre les restrictions imposées quelquefois par des notions erronées « qui non seulement sont inefficaces à l'endroit du processus articulaire, mais encore influent défavorablement sur l'état général et les moyens de défense des rhumatisants ».

Indications diététiques générales. — Deux principes fondamentaux :

1° Ne pas imposer aux rhumatisants les restrictions du régime des goutteux ou des oxalémiques dans le domaine des albuminoïdes et surtout des nucléines et des purines.

2° Donner une alimentation abondante, variée, équilibrée quantitativement et qualitativement. Le vin est recommandé. Les auteurs insistent sur une bonne hygiène alimentaire. Notons que certains auteurs anglais recommandent la réduction des hydrocarbones, en particulier du sucre, des sucreries et des féculents.

Indications spéciales. — L'apparition de poussées fébriles, les états anémiques, les intolérances alimentaires, les perturbations du métabolisme calcique, les associations morbides peuvent dicter des modifications.

Mais, dans l'ensemble, il ne faut voir dans le régime

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

qu'une arme de protection susceptible de conserver au malade le maximum de ses moyens de défense.

COMMUNICATIONS

M. Nelignan (Droitwich) : *Le métabolisme du soufre dans la polyarthrite symétrique progressive.*

MM. Ramel et Chomé (Lausanne) : *Bacillémie tuberculeuse au cours des polyarthrites rhumatismales aiguës.*

M. Folliet (Aix-les-Bains) : *Le rôle de la cure d'Aix dans le rhumatisme chronique progressif généralisé.*

M. Michaud (Aix-les-Bains) : *Le rhumatisme de l'œil et les complications oculaires du rhumatisme.*

M. Merklen (Aix-les-Bains) : *Atteinte de la hanche au cours du rhumatisme chronique progressif généralisé.*

MM. Rebattu et Proby (Lyon) : *Les relations entre le rhumatisme chronique et l'infection focale.*

Mme Delanoë (Mazagan) : *Les arthrites rhumatismales au Maroc.*

M. Cirera Volta (Barcelone) : *Rhumatisme ostéalgique.*

M. Perlès (Paris) : *A propos d'un cas de polyarthrite progressive chronique évoluant depuis trente-huit années.*

MM. J. Forestier et Garbay (Aix-les-Bains) : *L'étude en courbes de la sédimentation globulaire et de la floculation à la résorcine dans l'évolution et le traitement des polyarthrites.*

M. Sampson (Londres) : *L'arthrite rhumatismale.*

MM. les professeurs Savy et H. Thiers (Lyon) : *Traitement des accidents de sensibilisation aux sels d'or chez les rhumatisants par la substance P. d'Oriel.*

M. L. Blanc (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif à début spondylitique.*

M. Terray (Aix-les-Bains) : *Chrysothérapie et cure thermale d'Aix-les-Bains.*

M. Bertier (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif et traitement d'Aix.*

M. Denier (La Tour du Pin) : *La lumière de Wood et la photographie en infra-rouge permettant de prévoir les accidents cutanés de la chrysothérapie.*

MM. Weissenbach et Gilbert-Dreyfus : *L'épreuve conjuguée des bains froid et chaud successifs, son application à l'exploration vasculaire de certains rhumatismes chroniques à localisation ou à prédominance distale.*

M. Léonet (Lyon) : *Sur le choix des sels d'or.*

MM. Béthoux et Berthet (Grenoble) : *Rhumatisme chronique tuberculeux du type inflammatoire traité et amélioré par l'antigène méthylique.*

M. C. Rœderer (Paris) : *Difficultés de diagnostic entre le mal de Pott et le rhumatisme vertébral.*

M. Ducruet (Salins-les-Bains) : *Psychothérapie et rhumatisme chronique.*

M. Chevallier (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif tuberculeux et antigène méthylique.*

M. Saidman (Aix-les-Bains) : *Les applications de la thermométrie cutanée au diagnostic du rhumatisme.*

MM. J. Forestier et J. Rey (Aix-les-Bains) : *Un cas de polyarthrite chronique tuberculeuse.*

M. Forestier et Mlle Certoniny : *La chimiothérapie des polyarthrites : or, antimoine, argent. Principes de traitement.*

AUTOUR DE LA CONFÉRENCE

L'*organisation* parfaite de la Conférence a été fort appréciée. Fait rare : le beau volume des rapports a été remis aux congressistes dix jours avant le Congrès. La sténographie des discussions paraîtra prochainement dans un deuxième volume. Il convient donc de féliciter vivement le président, le secrétaire général et tous les organisateurs, sans oublier notre confrère Crinon, qui dirigea avec maestria le bureau de presse.

Les matinées étaient consacrées aux séances; les après-midi aux visites et aux excursions.

La première *visite* fut consacrée aux embellissements d'Aix : la plage fleurie, les nouveaux parcs qui sont un enchantement, le curieux Solarium tournant de notre confrère Saidman. Ce magnifique instrument thérapeutique est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire encore. Notons qu'il a déjà une réplique à Cannes et que le gouvernement des Indes anglaises en a fait installer un troisième par le Dr Saidman.

Au nouvel *établissement thermal* fut consacrée la plus longue visite. M. Chabrol en avait conté l'histoire dans sa conférence. Beaucoup le connaissaient déjà, tous s'y attardèrent pour examiner à loisir les « appartements » de bains avec salles de repos, les salles de douches, les douches locales, les bains profonds, les Berthollets, la splendide piscine en voie d'achèvement.

Les techniciens s'arrêtèrent aux détails, aux fiches remarquables qui accompagnent les malades, et admirèrent la merveilleuse ventilation, les tables de massage perfectionnées, que sais-je encore?

Les artistes s'attardèrent dans le hall si accueillant et si élégant, dans les cabines de luxe dignes d'un palais oriental, et qui s'harmonisent si bien avec les lignes modernes de l'édifice.

Les érudits se recueillirent dans les thermes romains pieusement conservés dans l'établissement même et ils visitèrent avec un vif intérêt l'exposition rétrospective du Vieil Aix, et la radiothèque.

L'*exposition pharmaceutique* organisée par M. J. Faure a remporté un succès très marqué.

Quarante de nos plus grandes maisons de spécialités pharmaceutiques y ont pris part.

Nous en publions la liste plus loin.

Les excursions à Marlioz, autour du lac du Bourget, au Revard, furent particulièrement suivies.

Mais que dire des *réceptions*? Nos confrères d'Aix, avec la plus charmante des amabilités, reçurent matin et soir les congressistes qui gardent un souvenir ému et reconnaissant de l'hospitalité somptueuse et raffinée qu'ils ont reçue à Aix.

Le *banquet de clôture* a eu lieu au Grand Cercle, où s'étaient tenues les séances, et où avait eu lieu la veille une magnifique représentation de gala.

Le banquet réunissait 350 convives. Il fut particulièrement élégant et cordial, ainsi qu'en témoignèrent les orateurs qui, au champagne, exprimèrent leur gratitude envers les organisateurs et leur admiration pour la splendide station d'Aix-les-Bains.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 mai 1934.

Deux cas de spasme de torsion. — M. HEUYER, M[lle] ROUDINESCO, M. MACÉ DE LÉPINAY présentent deux malades : le premier, âgé de treize ans, a eu une encéphalite à l'âge de quatre ans. Un spasme de torsion à forme hémiplégique, avec torticolis spasmodique, s'installa progressivement, avec arriération intellectuelle et troubles graves du caractère. La deuxième malade, âgée de vingt-neuf ans, fut présentée en 1927 avec spasme de torsion. Dans les années qui suivirent, l'état s'aggrava, des crises oculogyres apparurent, la contracture se généralisa. Mais, par périodes, la contracture cessait, les troubles oculaires disparaissaient, sans que l'amélioration pût être mise en rapport avec le traitement. Récemment, à l'occasion d'une période de contracture, on put mettre en évidence la nature infectieuse du processus, sous la forme d'une poussée fébrile, qui cessa avec la contracture. Ainsi ces deux cas de spasme de torsion ou de dystonie d'attitude encéphalitique sont distincts de la forme de Ziehen et Oppenheim, et distincts aussi l'un de l'autre : le premier à forme hémiplégique et progressive, le second à forme intermittente et à éclipses.

Accidents oculaires au cours de la ventriculographie. — M. A. BAUDOUIN présente un malade chez lequel un syndrome de « moria », puis de dépression et de stupeur, avait fait soupçonner la possibilité d'une tumeur du lobe frontal. Une ventriculographie, pratiquée par M. Puech, ne permit de constater aucune anomalie, mais donna un encéphalogramme. Le lendemain, le malade présentait de gros troubles de la vue, dont il ne se plaignait pas, d'ailleurs, et dont il semblait ne pas se rendre compte. L'acuité visuelle était nulle. Les troubles s'atténuèrent lentement ; le dix-septième jour, on constatait pour la première fois un retour de la vision ; le quatre-vingtième jour, l'acuité visuelle était revenue à 1, mais il persiste une hémianopsie en quadrant inférieur gauche. Les troubles mentaux, qui avaient incité à pratiquer la ventriculographie, ont maintenant complètement disparu.

L'auteur rapproche ce fait des accidents analogues signalés par Masson à New-York, et qui s'observeraient dans 6 p. 100 des ventriculographies. Cependant, dans les cas relatés par l'auteur américain, les troubles de la vue ne durent pas plus de quelques heures, quelques jours au plus.

Il est probable qu'il s'agit de lésions traumatiques de la région calcarine, déterminées par le passage de l'aiguille au cours de la ventriculographie.

M. PUECH incrimine, soit l'œdème aigu traumatique du cerveau, de même que MM. BAUDOUIN et HARTMANN, soit une hémorragie sous-piale. Il observe parfois la transformation de la ventriculographie en encéphalographie ; le mécanisme de cet incident reste indéterminé ; on en est averti par la douleur, généralement frontale, qu'accuse le malade.

M. LHERMITTE a noté l'apparition d'hallucinations visuelles au cours de la ponction ventriculaire. Il oppose le « Nichtsehen » de ces variétés de cécités, qui sont corticales, au « Schwartzsehen » des cécités habituelles.

M. BARUK signale un cas d'état de mal mortel à la suite d'une ventriculographie, chez un malade qui n'avait pas de tumeur cérébrale. M. VINCENT précise que cet accident est le seul qui se soit produit, dans son service, sur 150 ventriculographies pratiquées dans les mêmes conditions.

Somatoagnosie et apraxie du membre supérieur gauche. — MM. ALAJOUANINE, THUREL et A. OMBRÉDANNE présentent un homme de cinquante ans, qui a été atteint d'hémiparésie gauche progressive, puis de troubles de l'écriture et de la représentation spatiale, d'écholalie, de somnolence. Après une phase d'inertie des quatre membres, les mouvements ont réapparu, d'abord à droite, puis à gauche. Il persiste des troubles de l'orientation : pendant la marche, le malade se déplace en biais, la tête tournée vers la droite ; il conserve une grave hémianopsie gauche ; il ne peut écrire, malgré l'intégrité des mouvements du membre supérieur droit ; il lit très mal, en épelant ; enfin, il ignore complètement l'existence de son membre supérieur gauche, qui n'est cependant plus paralysé, et dont les sensibilités aux divers modes sont conservées, malgré une mauvaise localisation. Il faut ajouter que le malade présente, en outre, une amnésie importante avec désorientation, malgré la conservation d'une effectivité normale, et qu'il existe des signes d'irritation bilatérale du faisceau pyramidal. Il y a ici association de l'apraxie à un autre trouble qui se rapproche de l' « anosognosie » de Babinski, mais qui s'en distingue, et que les auteurs proposent de désigner sous le nom de *somatoagnosie.*

La nature des lésions serait vraisemblablement infectieuse. Leur siège est sans doute diffus, mais elles doivent affecter surtout les lobes postérieurs.

M. LHERMITTE, qui a soigné ce même malade, croit à une lésion de la partie inférieure du lobe pariétal, avec dégénérescence du pli courbe et de la partie postérieure du corps calleux.

M. CHARPENTIER fait remarquer que le trouble affecte le côté gauche, comme c'était le cas pour tous les faits d' « anosognosie » de Babinski.

Le « phénomène de flexion des petits orteils ». — M. J. THIERS présente un malade qui présente le « phénomène de flexion des petits orteils », décrit en 1913 par l'auteur avec M. P. Marie. Il s'agit d'un réflexe de flexion des quatre derniers orteils, provoqué par la percussion d'un point quelconque du membre inférieur. Ce phénomène, distinct du signe classique décrit par Bechterew et par Mendel, serait l'indice d'une lésion très légère de la voie pyramidale ; il serait, à cet égard, plus sensible — quoique beaucoup moins fréquent — que le signe de Babinski. Le malade présenté est atteint de spasmes du membre inférieur, d'origine encéphalitique.

Les spasmes de la face et leur traitement. — MM. ALAJOUANINE et THUREL ont rassemblé 75 cas de mouvements involontaires de la face, et, à l'aide de ce matériel d'étude, ils reprennent la classification et la description des spasmes faciaux.

Le seul traitement logique et efficace de l'hémispasme facial vrai est l'alcoolisation du nerf facial, qui, pour ne pas provoquer de paralysie durable, doit être pratiquée au niveau où le nerf sort de la parotide, avec une dose d'alcool exactement appropriée.

MM. BAUDOUIN, HAGUENAU, CL. VINCENT, CHAVANY

signalent les difficultés de cette technique, le caractère inconstant et passager des résultats obtenus.

Sur un malade présenté par MM. Alajouanine et Thurel, le résultat se maintient néanmoins depuis sept mois.

Trois cas d'ataxie aiguë chez le singe après intoxication expérimentale. — MM. MOLLARET et STEFANOPOULO ont réalisé, à trois reprises, chez le singe, par intoxication massive à l'aide d'un dérivé arsenical, un syndrome d'ataxie aiguë. Le substratum fondamental semble résider dans l'atteinte labyrinthique, que démontre particulièrement l'abolition des différentes variétés de nystagmus provoqué aux trois épreuves rotatoires, épreuves de choix pour l'exploration labyrinthique des animaux.

La soif morbide. Polydipsie élective par lésion hypothalamique. — MM. J. LHERMITTE et ALBESSARD présentent un malade de soixante-huit ans, qui est atteint de polydipsie élective pour les spiritueux avec polyurie, hypnolepsie, déchéance sexuelle, et chez lequel la loge hypophysaire est normale, tandis que l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hyperalbuminose avec hypercytose, et le sang une réaction de Bordet-Wassermann positive ; les auteurs, à ce propos, montrent que le diabète insipide comprend, en réalité, deux groupes de faits. Le premier, le plus important, où la polyurie apparaît primitive, le second où la polydipsie commande les modifications du taux de la diurèse. La pathogénie de ces deux états est nécessairement différente. Or, ainsi que le montre le malade présenté, la polydipsie peut s'entourer de caractères qui forment contraste avec le simple besoin de boire du diabétique insipide ; elle se marque par une appétence pour les boissons fermentées ou gazeuses, qui flattent le palais et assouvissent, tout ensemble, un besoin physiologique et psychologique. La rétropituitrine, la ponction lombaire n'ont pas modifié les symptômes.

M. CL. VINCENT, d'après son expérience sur les opérations pratiquées dans la région infundibulo-hypophysaire, croit également que le diabète insipide commence tantôt par la polydipsie, tantôt par la polyurie.

Étude anatomo-clinique d'un cas de névrite hypertrophique. — MM. SOUQUES et J. BERTRAND montrent en projection les lésions d'un cas de névrite hypertrophique dont l'évolution clinique avait offert quelques particularités : absence de tremblement intentionnel, de dysarthrie, de scoliose, de trouble pupillaire chez une malade morte à cinquante ans. L'étude de la moelle, des racines et des nerfs périphériques permet de constater, à ces divers étages du système nerveux, les mêmes lésions de « schwannite hypertrophique », qui sont ici de type fibrillaire plutôt que lamellaire.

M. ANDRÉ THOMAS remarque combien les lésions histologiques sont différentes suivant les cas de névrite hypertrophique.

Encéphalite de nature indéterminée avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Forme pseudo-tumorale. — MM. J. DEREUX et G. LIAGRE (de Lille) rapportent l'observation d'une jeune malade atteinte d'une encéphalite avec syndrome hypertensif et stase papillaire, tension de 70 du liquide céphalo-rachidien en position couchée.

Cette encéphalite, non épidémique, de nature indéterminée, a guéri en quelques mois sous l'influence d'un traitement anti-infectieux. Les interventions chirurgicales ont montré la fréquence de ces affections. Les auteurs insistent sur l'aspect pseudo-tumoral qu'elles revêtent parfois et qui posent des problèmes pratiques de thérapeutique très importants.

Hallucinations visuelles chez une malade atteinte de syndrome de Weber. — M. L. CORNIL (de Marseille) relate une observation de syndrome de Weber par métastase de cancer du sein. Les hallucinations qui accompagnent le syndrome sont périodiques et rythmées par les époques cataméniales.

A propos de la ventriculographie. — MM. CL. VINCENT et P. PUECH rappellent les immenses services qu'a rendus la ventriculographie dans le diagnostic des tumeurs du cerveau. On en fait actuellement volontiers, non seulement pour savoir s'il existe une tumeur cérébrale ou non, pour connaître sa localisation, mais, dans un certain nombre de cas, pour connaître la forme et l'étendue à donner au volet cranien.

Cependant la ventriculographie ne permet pas toujours de résoudre le problème qui est posé au neurochirurgien par un syndrome d'hypertension intracranienne. comme Bailey en convient lui-même.

De plus, dans certains cas, la ventriculographie ne peut être pratiquée, parce que les ventricules ne peuvent être trouvés, lors même que le sujet est bien atteint de tumeur cérébrale.

Enfin, dans une autre catégorie de faits, l'injection d'air peut être pratiquée ; il existe une déformation des ventricules, et cependant on est en présence d'une encéphalite localisée, et non pas d'une tumeur.

Rôle éventuel de la vaccination antityphique dans le développement d'une syringomyélie. MM. GUILLAIN et ROUQUÈS ont observé une syringomyélie chez un homme de trente-cinq ans, qui avait été vacciné deux ans auparavant contre la fièvre typhoïde et qui avait présenté, aussitôt après la vaccination une névrite brachiale, de l'atrophie musculaire et des troubles de sensibilité objective de la main.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 8 mars 1934.

Une forme larvée d'angor aigu coronarien fébrile. — MM. E. FERRABOUC, A. JUDE et R. TRIAL ont observé un malade chez qui une période fébrile a pris naissance à la fin d'un accès angineux. La défaillance cardiaque était à peine indiquée. Les tracés électrocardiographiques étaient en faveur d'une obstruction coronarienne. L'accès d'angor fébrile a clos, chez le sujet, la série des douleurs thoraciques qui duraient depuis quinze jours.

A propos des ruptures du tendon quadricipital : un cas de rupture incomplète. — M. DU BOURGET rapporte un nouveau cas : mais il s'agit ici de rupture par choc direct et non par contraction musculaire. La rupture était incomplète la synoviale n'était pas ouverte et la suture put être faite facilement, car il restait au bord supérieur de la rotule suffisamment d'étoffe pour pouvoir rétablir la continuité du plan extenseur de la jambe par une suture aux crins perdus.

Une réaction de Schick négative répond-elle de l'avenir ?

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

— MM. FEUILLIÉ, BLANCARDI et THIRY ont observé, en refaisant la réaction de Schick, deux mois après, chez 246 recrues ayant à l'incorporation donné une réponse négative, que 17 réactions étaient devenues positives, soit un pourcentage de 6,91 p. 100. Ces faits confirment ceux rapportés ailleurs. Ils seraient un argument en faveur de la vaccination systématique.

M. DOPTER souligne que la seule réaction de Schick ne peut renseigner sur le degré de résistance. Il semble d'autre part qu'un grand nombre de sujets chez lesquels on trouve dans ces conditions de fléchissement de l'immunité une atteinte « diphtérique », il s'agisse d'angines banales développées chez des porteurs de bacilles.

État confusionnel aigu transitoire avec hallucinations sensorielles et fugue déclanché par une réaction sérique chez un hérédo-alcoolique. — MM. CARRAT et ROQUIGNY ont observé quatre jours après une injection de sérum antitétanique dans un cas de plaie contuse, une réaction colloïdoclasique avec agitation, anxiété, hallucinations et fugue. Le sujet n'avait antérieurement jamais reçu de sérum.

M. PILOD met en doute la relation de cause à effet entre l'injection de sérum et les troubles psychiques présentés.

M. FRIBOURG-BLANC souligne l'importance du terrain dans ce cas d'accès confusionnel intense disproportionné à sa cause provocatrice.

Trophœdème de Meige. — MM. PILOD et PASSA rapportent une observation de trophœdème de Meige bilatéral des jambes, évoluant depuis l'âge de treize ans, chez un malade actuellement âgé de vingt et un ans.

La notion d'une pensée ganglionnaire inguino-crurale bilatérale transitoire lors de l'apparition de l'œdème, la révélation radiographique d'un spina bifida posent la question de la pathogénie de l'affection. Les auteurs rappellent les principaux arguments de la théorie nerveuse et de la théorie circulatoire et soulignent que leur cas peut ressortir de l'une et de l'autre. Ils examinent en terminant les conditions d'aptitude au service des sujets atteints de trophœdème.

Kyste hydatique du grand épiploon : extirpation, guérison. — MM. BROUSSES, MOROT, SOUAIL, DENIS et BOUQUET soulignent dans leur observation la symptomatologie physique (tumeur oblongue, médiane, très mobile) et les recherches de laboratoire (pas d'éosinophilie, Weinberg négatif, Casoni fortement positif). Après l'extirpation, la réaction de Casoni était devenue très faiblement positive.

NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances. — *Paris médical*, dans le but d'être utile aux confrères et aux malades pendant les mois de vacances, publiera les noms, adresses et spécialités de médecins restant à Paris.

Prière de nous faire connaître dès maintenant ces renseignements.

M. Chevalley (médecin des hôpitaux), 7, boulevard Raspail, sera absent du 1er au 25 août ; P. Mh. Ledoux, 38, boulevard Saint-Michel, sera présent en août ; M. Levassor (gastro-entérologie, rayons X), 11, avenue de Suffren, sera présent jusqu'au 15 septembre; M. Alban Girault (gastro-entérologie), 29 *bis*, rue Demours, sera présent en août ; M. Henri Beau (électro-radiologiste des hôpitaux), 34, rue de l'Arcade, sera présent en septembre ; M. P. Charpy (électro-radiologiste), 3, avenue Marceau, sera présent en août ; M. H. Lagrange (ophtalmologiste des hôpitaux), hôpital Beaujon, et 5, rue de Chaillot (XVIe), sera à Paris en août ; M. Kaplan (médecine infantile), 12, rue César-Franck, sera présent en août ; M. André Béchade (chirurgie-gynécologie), 74, rue Houffroy, sera absent de Paris en août ; M. Maurice Bariéty (médecin des hôpitaux), 77, rue de Monceau, sera à Paris du 24 août au 1er octobre ; M. Pierre Collin (oto-rhino-laryngologiste), 13, rue Bernoulli, sera présent à partir du 23 août ; M. Grisel (chirurgien), 11, rue Bonaparte, sera absent du 10 au 20 août ; M. H. Lebourg (stomatologiste des hôpitaux), 176, boulevard Haussmann, sera présent en août et septembre ; M. Desaux (dermatologie), 7, rue de Phalsbourg, sera absent du 1er août au 1er septembre ; M. Marcel Delestre (accoucheur et gynécologie), 89, avenue de Villiers, sera présent jusqu'au 1er octobre ; M. André Lambling (médecin des hôpitaux), 20, rue Greuze (XVIe), sera à Paris à partir du 25 septembre ; M. Albert Julia (gynécologie), 114, boulevard Raspail, sera à Paris du 15 août au 1er octobre ; Mlle Gabrielle Lévy (maladies nerveuses), 56, rue d'Assas (VIe), sera à Paris en septembre ; M. Fernand Benoist (médecine générale et infantile), 78, rue des Saints-Pères, sera à Paris en août et septembre; M. P. Isaac-Georges (médecine infantile), 5, avenue Daniel-Lesueur, sera présent en août; M. Gilbert Dreyfus (médecin dse hôpitaux), 21, avenue du Président-Wilson, sera présent tout le mois d'août ; M. P.-A. Digeon, chirurgien, 25, avenue Mac-Mahon, sera présent du 15 août à fin septembre ; M. Pierre Van den Bossche (oto-rhino-laryngologiste), 41, rue Saint-Ferdinand, sera à Paris tout l'été sauf les dix premiers jours de septembre; M. Henri Schaeffer (médecin de l'hôpital Saint-Joseph) (maladies nerveuses), 179, rue de la Pompe (XVIe), continuera ses consultations régulièrement pendant les mois d'août et de septembre; M. Poumailloux (médecine générale et cardiologie), 38, avenue Charles-Floquet, absent du 15 août au 20 septembre. Le reste des vacances à Paris sauf le soir et la nuit, téléphoner à Gif, n° 74; M. Belgodère (Saint-Lazare) (dermato-vénéréologiste), 69, rue Rochechouart; présent en août et septembre ; M. R. de Brun (médecin des hôpi;aux), 221, faubourg Saint-Honoré, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. A.-P. Granet (oto-rhino-laryngologie), 60, avenue Malakoff (XVIe), sera à Paris jusqu'au 25 septembre ; M. Paul J. Petit (ophtalmologiste), 19, rue de Bourgogne, présent en août ; M. Le Noir (médecin des hôpitaux), 156, rue de Rivoli ; M. G. Solente (dermatologie), 35, rue de Vaugirard, seront à Paris en août ; M. Edgar Bernard (oto-rhino-laryngologie), 66 *bis*, rue Saint-Didier (XVIe), sera présent à Paris pendant toutes les vacances ; M. Henry Guillon (oto-

NOUVELLES *(Suite)*

rhino-laryngologiste), 14, rue César-Franck, sera absent du 15 au 30 août ; M. Louis-H. Leroux (oto-rhino-laryngologiste), 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera à Paris à partir du 10 septembre ; M. Louis Grollet (voies urinaires et gynécologie), 7, rue Gustave-Nadaud (XVIe), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. L. Rouquès (neurologie), 7, rue Gounod, sera à Paris en août et septembre ; M. Ovide Bergenstein (voies digestives, transfusion du sang), 142, rue Ordener (XVIIIe), sera à Paris en août et septembre ; M. Tortat (gynécologie), 70, rue d'Assas, sera à Paris jusqu'au 15 septembre ; M. J.-E. Marcel (urologie, gynécologie), 39, avenue de Saxe (VIIe), sera à Paris en août ; M. Th. Laennec (accouchements et gynécologie), 150, avenue Victor-Hugo, sera à Paris, en août et septembre ; M. M.-A. Dollfus (ophtalmologie), 6, rue de l'Alboni (XVIe), sera à Paris en août ; M. Renaux (électro-radiologiste, 21, rue Brezin (XIVe), sera à Paris en août et septembre ; M. Baratoux (oto-rhino-laryngologiste), 54, rue Bassano (VIIIe), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Et. Polacco (laboratoire transfusion), 3, rue Crevaux (XVIe), sera à Paris en août et septembre ; M. Pierre Eloy, 15, rue du Louvre, sera absent du 1er au 23 août ; M. Raymond Tournay (affections des veines), 2, rue Dupuytren (VIe), sera absent du 20 août au 25 septembre ; M. Jacques Odinet, 4, rue de la Renaissance (VIIIe), sera à Paris jusqu'au 15 septembre ; M. Poujol (oto-rhino-laryngologiste), 1, boulevard Beaumarchais (IVe), sera à Paris pendant tout l'été ; M. E.-P. Granet (laryngologie, chirurgie de la tête et du cou), 60, avenue de Malakoff, sera à Paris jusqu'au 20 septembre ; M. H. Roullaud (gynécologie), 15, avenue d'Orsay (VIIe), sera absent de Paris du 5 août au 6 septembre ; M. Félix Rose, 1, boulevard Voltaire, sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Roger Rossano (ophtalmologie), 113, rue de la Tour (XVIe), sera à Paris à partir du 4 septembre ; M. M. Gommès (neuro-psychiatrie), 5, rue Parrot (XIIe), sera à Paris en août ; M. Pierre Lejeune (gynécologie et obstétrique), 44, avenue de Suffren, sera à Paris pendant toutes les vacances; M. M. Gandy (chirurgien), 142, rue de Courcelles (XVIIe), sera à Paris en août et septembre ; M. M. Gaucher, 36, avenue de la Bourdonnais (VIIe), sera à Paris jusqu'au 10 septembre ; M. A. Galliot, 74, rue de Rome, sera à Paris en août et septembre ; M. Bornet (médecin stomatologiste), 118, boulevard Raspail (VIe), sera à Paris en août et septembre ; M. Georges Basch (médecin des hôpitaux), 167, boulevard Malesherbes (XVIIe), sera à Paris jusqu'au 1er septembre ; M. Lucien Girard (analyses biologiques), 100, rue de l'Université (VIIe), sera à Paris à partir du 17 septembre ; M. Maurice Lamy (médecin des hôpitaux), 7, rue Davioud, sera à Paris en août et septembre ; M. Antoine Basset, professeur agrégé (chirurgien), 153, boulevard Haussmann, sera à Paris à partir du 4 septembre ; M. J. Comby (pédiatrie), 195, faubourg Saint-Honoré (VIIIe), sera à Paris jusqu'au 25 août; Mlle Dreyfus-Sée (pédiatrie), 12, avenue Pierre-Ier de Serbie (XVIe), sera à Paris en août ; M. E. Hautefeuille (phtisiologie), 5a, avenue de Suffren (VIIe), ne s'absente pas ; M. Marcel Thalheimer (chirurgien des hôpitaux), 24, avenue du Recteur-Poincaré, ne s'absente pas; M. Pierre Dubail (chirurgien), 3, square de la Tour-Maubourg (VIIe), sera à Paris à partir du 15 septembre ; M. Pierre-Paul Lévy, 43, avenue Paul-Doumer, reste à Paris pendant les vacances ; Mme Marcel Blanchy (phtisiologie), 36, rue Vaneau (VIIe), sera à Paris en août et septembre ; M. Henri Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon, 9, rue Brisaine, sera à Paris jusqu'au 25 août ; M. Maurice Sureau (gynécologie et obstétrique), 11, rue Portalis (VIIe), sera à Paris tout l'été ; M. G. Remi Néris (oto-rhino-laryngologiste), 2, avenue Foch (VIIIe), sera présent à Paris à partir du 20 août ; M. Schmite (neurologie), 28, rue de Turin, sera à Paris en août et septembre ; M. Marc Iselin (chirurgie), 71, avenue Marceau (XVIe), sera présent à Paris en août et septembre ; M. André Klotz, 31, avenue Victor-Hugo (XVIe), sera à Paris jusqu'au 2 septembre et à partir du 15 septembre ; M. Pierre Lonjumeau (voies respiratoires), 4, rue Joseph-Bara (VIe), sera présent tout l'été ; M. Jean Michaux, 1, rue Albéric, sera à Paris en septembre ; M. R. Letulle (analyses médico-chirurgicales), 36, rue de Penthièvre (VIIIe), sera à Paris tout l'été ; M. Charles Buizard (chirurgie générale), 3, rue de la Trémoille (VIIIe), sera à Paris pendant tout le mois d'août et à partir du 15 septembre.

Nécrologie. — Le Dr Paul Boussi, ophtalmologiste. Le Dr Decreton, de Dunkerque. Le Dr Auguste Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'hôpital civil de Versailles. M. André Launoy, fils du professeur Launoy, professeur à la Faculté de pharmacie, et de Mme Launoy. Nos bien douloureuses sympathies.

Fiançailles. — M. Jean-Marie Camus, fils du Dr Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, décédé, et de Mme Jean Camus, et Mlle Alice Giusti. Nos sincères félicitations à Mme Jean Camus et nos meilleurs souhaits aux fiancés. — M. le Dr Maurice Destandau et Mlle Simone Alby. — M. André Chatelin, fils de M. le Dr et de Mme Charles Chatelin, et Mlle Mary Oakshott. Nos sincères félicitations et nos meilleurs souhaits aux fiancés.

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion de l'Assomption, le Secrétariat sera fermé le lundi 13 et le mardi 14 août.

Légion d'honneur. — *Commandeur.* — M. Pierre Janet, professeur de psychologie au Collège de France, docteur

NOUVELLES *(Suite)*

en médecine, membre de l'Institut, ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé de psychologie, docteur ès-lettres.

Officiers. — MM. Paul Ginestous, médecin ophtalmologiste à Bordeaux ; Auguste Phelip, chirurgien-chef de l'hôpital civil de Vichy ; Artaud, médecin en chef de la police municipale ; Morizot ; le Dr Rudaux, professeur en chef honoraire à l'hôpiral de la Maternité.

Chevaliers. — M. le Dr Caubet, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; M. le Dr Cordes ; M. le Dr Garin, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; M. le Dr Guelliot ; M. le Dr Schaeœffer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; M. le Dr Voron, professeur de clinique obstétricale ; M. Maurice Fin, médecin-directeur du sanatorium des Neiges à Briançon (Hautes-Alpes) ; M. Dargelos.

La Maison du médecin. — Nous avons le plaisir de faire savoir aux amis et aux bienfaiteurs de cette belle œuvre de solidarité professionnelle que notre confrère le Dr J. Bengué vient de faire don à la Maison du médecin d'un capital destiné à assurer une rente de 10 000 francs pour entretenir, à Valenton, un pensionnaire de plus.

Cette fondation, qui portera le nom de son créateur « Fondation du Dr Jules Bengué », honore grandement notre confrère. Son orientation vers la pharmacie, le grand succès de ses spécialités ne lui ont pas fait oublier ce qu'il devait au corps médical. Par un sentiment délicat, c'est à ceux qui vieillissent sans s'être enrichis, sans avoir pensé à l'avenir, que Bengué a voulu témoigner sa reconnaissance en contribuant, par sa générosité, à leur assurer une vieillesse heureuse.

Conférence du professeur Daniel. — Le 18 octobre prochain, à 21 heures, à l'Institut Océanographique, à l'occasion du prochain Congrès de la Presse médicale latine qui aura lieu du 17 au 21 octobre, et sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine et des Voix latines, le professeur Daniel, le très éminent chirurgien de Bucarest, donnera une conférence intitulée : La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française. Cette conférence, dont la partie parlée ne durera que trois quarts d'heure, sera accompagnée d'un très beau film qui représentera : 1° quelques aspects de la Roumanie ; 2° la Roumanie à travers les siècles ; 3° institutions et hôpitaux ; 4° quelques personnalités médicales roumaines ; 5° visite des professeurs français en Roumanie.

Cette conférence sera faite sous la présidence d'honneur de Son Excellence Dinu Cesiano, ministre plénipotentiaire de Roumanie à Paris. Le Dr Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine, présentera le conférencier, son ancien camarade et ami, le professeur Daniel, et après la conférence, le professeur J.-L. Faure et Son Excellence Dinu Cesiano remercieront l'orateur au nom de son pays, les Vois latines, et les dirigeants du Congrès de la Presse latine, et les organisateurs dont les présidents sont M. le professeur Etienne de Nancy, les vice-présidents Dr Dartigues, professeur Noël Fiessinger et Dr Julien Noir, et le secrétaire général, Dr Pierar.

On trouvera des cartes d'invitation chez le Dr Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIIIe) ; librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; librairie du *Monde médical*, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe) ; Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IXe) ; Association des Médecins roumains, 28, rue Serpente, Paris (6e).

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

16 Aout. — *Clermont-Ferrand.* Hôtel-Dieu, 8 heures. Concours de médecin résidant à l'hôpital sanatorium Sabourin.

26 Aout. — IIIe Voyage Pyrénées-Océan.

27 Aout. — Départ du Voyage « La Passion à Oberammergau ».

27 Aout. — *Québec.* Congrès français de médecine.

2 Septembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 Septembre. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 au 5 Septembre. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 Septembre. — *Venise.* Congrès international d'électro-radio-biologie.

15 Septembre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

17 Septembre. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine de Tours.

19 Septembre. — *Villes d'académie.* Dernier délai d'inscriptions pour un concours d'agrégation au deuxième degré.

20 Septembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

22 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscriptions des candidats au concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école de médecine d'Amiens.

REVUE DES CONGRÈS

III[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Paris, 7-9 mai 1934.

Le troisième Congrès organisé par la Société française de gynécologie a obtenu un aussi brillant succès que les deux congrès précédents.

Toutes les grandes sociétés étrangères de gynécologie étaient représentées, notamment celles de Belgique, de Grande-Bretagne, d'Italie, de Suisse, d'Espagne, de l'Uruguay, etc. Parmi les personnalités françaises et étrangères, nous avons noté : MM. les professeurs et docteurs Kœnig (de Genève), président d'honneur du Congrès; André Binet, président; Gustave Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Jayle, président de la Société française de gynécologie ; Léopold Mayer (de Bruxelles), Green-Armytage (de Londres), Ercole Cova (de Turin) ; Spillmann, doyen de la Faculté de Nancy ; Pierra, président du Congrès de l'an dernier ; Crainicianu Jonesco (de Bucarest), Mac Aron (de Strasbourg), Guy Laroche (de Paris), Violet, Cotte (de Lyon), Guillemin (de Nancy), Jeanneney (de Bordeaux), Martin (d'Angers), Zimmern, Paul Moure, Douay, F.-A. Papillon, Xavier Colaneri, Ch.-O. Guillaumin (de Paris), David (de Salies-de-Béarn), Ensch (de Bruxelles), Krafft (de Lausanne), etc. Le secrétaire général du Congrès était le D[r] Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

La question à l'ordre du jour : l'Insuffisance ovarienne. a fait l'objet de six rapports et de nombreuses communications et discussions au cours desquelles près de cinquante orateurs ont pris la parole et plusieurs films très intéressants ont été projetés.

Discours de M. le professeur Kœnig, président d'honneur. — Après avoir, dans une langue excellente, fait l'éloge de ses prédécesseurs, MM. les professeurs Recasens (de Madrid) et Keiffer (de Bruxelles), présidents des deux premiers Congrès, et proclamé son attachement à la gynécologie et l'obstétrique dont l'enseignement est encore réuni dans son pays, M. Kœnig (de Genève) ouvre les travaux du troisième Congrès.

Discours de M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine. — M. le doyen apporte aux congressistes le souhait de bienvenue de la Faculté de médecine, salue les représentants des pays étrangers et le bureau du troisième Congrès de la Société française de gynécologie. M. Roussy, qui parle en grand savant, place la gynécologie dans le cadre de la biologie, mère de toutes les sciences médicales. Et c'est dans l'amour de la biologie qu'il invite tous ceux qui pratiquent la gynécologie à s'unir et à travailler.

Discours de M. le professeur agrégé André Binet, président du Congrès. — Le professeur agrégé André Binet (de Nancy), président du Congrès, remercie le professeur Kœnig (de Genève) et le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine, des très belles allocutions qu'ils viennent de prononcer. Elles sont pour la Société de gynécologie un encouragement et un guide.

Le président salue ensuite les délégués officiels des nations amies, présents au Congrès : le professeur Green-Armytage, représentant de la Grande-Bretagne, le docteur Léopold Mayer, délégué de la Société belge d'obstétrique et de gynécologie, le professeur Cova, délégué de la Société italienne de gynécologie, le docteur Jonesco, représentant le professeur Daniel, et Crainicianu, délégué de la Société de gynécologie de Bucarest, et tous les congressistes français et étrangers qui se pressent dans la salle de l'hôtel Chambon.

Puis l'orateur souligne l'intérêt qu'a le gynécologue à ne pas se confiner trop étroitement dans sa spécialité, à saisir les interconnexions de la médecine et des disciplines voisines : biologie, arts, lettres, sociologie, en un mot, à faire œuvre d'humaniste. L'observation des mœurs féminines modernes va lui permettre d'illustrer d'un exemple cette proposition. Avec son aimable philosophie habituelle, et dans une forme impeccable, l'orateur étudie, en effet, le retentissement sur la vie sexuelle féminine de la culture esthétique et de la pratique des sports. Enfin, dans une péroraison émouvante, le professeur Binet invite les congressistes à s'instruire réciproquement. Cet enseignement mutuel sera la meilleure manifestation de leur amitié.

PREMIER RAPPORT.

Histologie et physiologie de l'ovaire.

Le rapport débute par un bref rappel des notions fondamentales de l'histologie ovarique. L'auteur y expose d'abord le développement de l'ovaire (stades initiaux ; origine des gonocytes ; histogenèse comparée du testicule et de l'ovaire ; évolution cytologique et structurale de l'ovaire embryonnaire), puis la structure de l'organe, qu'il envisage, d'une part dans la période précédant la maturité sexuelle, d'autre part après l'avènement de la maturité. Il étudie dans ce dernier chapitre le follicule de De Graaf mûr ; la rupture folliculaire et la ponte ; la genèse, la structure et l'évolution du corps jaune ; les follicules atrétiques ; enfin la glande interstitielle.

La deuxième partie, la plus développée, est consacrée à la physiologie de l'ovaire qui est considérée successivement de deux points de vue : l'action de l'ovaire sur l'organisme, et l'action de l'organisme sur l'ovaire.

Après quelques notions sur l'action de l'ovaire sur l'organisme immature, est abordée l'étude de l'action de l'ovaire chez l'animal mûr. Cette étude, précédée par la définition du cycle œstrien, consiste d'abord en l'analyse du retentissement des phases du cycle œstrien (phases préœstrales, œstrales, postœstrales et métœstrales) sur les divers éléments du tractus génital, sur la glande mammaire, sur l'organisme en général ; puis en celle du déterminisme de ce retentissement : l'auteur est ainsi amené à traiter la question des hormones ovariennes, folliculine et progestine. Il définit en conclusion les rapports de synergie et d'antagonisme qui existent entre ces deux hormones.

L'action de l'organisme sur l'ovaire se subdivise également en deux chapitres, dont le premier concerne l'animal immature, et le deuxième l'animal mûr. C'est essentiellement la relation entre l'hypophyse et l'ovaire qui est ici examinée dans ses divers aspects.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

DEUXIÈME RAPPORT.

Actions réciproques des ovaires et du corps thyroïde.

M. Roland Leven, Mlles Madeleine Hirsch et Marie-Louise Vonaux présentent le travail de leur regretté maître Léopold Lévi. La question des rapports entre le corps thyroïde et l'appareil génital de la femme est extrêmement complexe. Les troubles de l'ovaire peuvent retentir sur le corps thyroïde, créant des syndromes ovaro-thyroïdiens, et inversement la pathologie thyroïdienne peut retentir sur l'appareil utéro-ovarien ou entraîner l'atrophie génitale.

Quelles que soient les réactions thyroïdiennes secondaires aux troubles ovariens, elles sont toujours conditionnées par l'évolution de ces troubles ovariens. La rapidité plus ou moins grande de l'évolution pathologique ovarienne nécessitera des efforts d'adaptation différents de l'organisme et du système endocrinien.

Plus important encore paraît être l'état préalable de la glande thyroïde. Suivant son orientation fonctionnelle antérieure, la déviation se fera dans le sens de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie. Un état d'instabilité antérieure rend encore plus aisée la réaction dans le sens de l'hyperthyroïdie.

Ces notions permettent de comprendre les modifications parfois paradoxales de la glande thyroïde après castration, dans l'insuffisance ovarienne, à l'occasion de la puberté, des menstruations, de la grossesse.

La pathologie thyroïdienne peut retentir sur l'appareil utéro-ovarien, réalisant des syndromes thyro-ovariens.

L'hyperthyroïdie et la maladie de Basedow peuvent inhiber le fonctionnement ovarien ou entraîner l'atrophie génitale. Lorsqu'il y a parallélisme entre l'hyperthyroïdie et l'hyperovarie, il s'agit plutôt d'un état constitutionnel que d'un état pathologique. L'insuffisance thyroïdienne peut s'accompagner de symptômes d'hyperovarie (règles abondantes). Plus souvent, il y a parallélisme d'insuffisance thyroïdienne et d'insuffisance ovarienne.

Le syndrome d'instabilité thyroïdienne s'accompagne le plus souvent de symptômes d'hypo-ovarie. Enfin, on peut observer des symptômes d'instabilité thyroïdienne et d'instabilité ovarienne associés.

Dans tous les cas où la prédominance est aux signes d'hypothyroïdie, leur valeur est démontrée par l'influence de la thérapeutique thyroïdienne sur le fonctionnement ovarien, après échec du traitement ovarien.

L'étude des syndromes ovaro-thyroïdiens et thyro-ovariens met différentes notions en lumière :

a. Celle des influences extragonales, c'est-à-dire des influences endocriniennes et thyroïdiennes en particulier, sur la physio-pathologie de la menstruation ;

b. Celle du passage rapide d'un appareil glandulaire mal développé de l'infantilisme au sénilisme, tel qu'il apparaît dans le syndrome « puberté tardive, ménopause précoce » ;

c. Celle de l'influence prépondérante de la glande thyroïde sur l'ensemble des symptômes du vieillissement prématuré de l'organisme qui est assimilable au neuro-arthritisme.

TROISIÈME RAPPORT.

L'étude clinique de l'insuffisance ovarienne.

Dans son rapport, M. Violet étudie d'abord l'anovarie et ses conséquences physio-pathologiques ; il insiste sur les interréactions endocriniennes et en particulier sur l'hyperfonctionnement hypophysaire après castration.

Les insuffisances ovariennes relatives méritent d'être étudiées au point de vue de la fonction génétique et de la fonction végétative. A côté du type aménorrhéique, ou opso-ménorrhéique bien connu, il y a un type ménorragique qui s'accompagne d'hyperplasie de la muqueuse utérine. Celui-ci correspond à une hyperfolliculinémie avec hyperlutéinémie, et c'est l'administration d'extraits de corps jaune qui en est le véritable traitement.

Le type aménorrhéique correspond à une déficience plus complète de l'ovaire et s'accompagne de symptômes d'ordre végétatif (troubles du métabolisme, troubles du système nerveux sympathique et parasympathique). Ces insuffisances ovariennes sont souvent congénitales. Guéries ou améliorées, elles constitueront le terrain sur lequel se développeront les insuffisances acquises consécutives soit à des infections utérines, soit à des infections générales, soit à des traumatismes locaux (curettages, opérations conservatrices), soit à des carences d'ordre général, soit consécutives à des interréactions endocriniennes par excès ou par défaut.

Les facteurs psychiques peuvent également jouer un très grand rôle (grossesses nerveuses). Les tests de l'insuffisance ovarienne sont à chercher : les uns sont d'ordre clinique (aménorrhée, bouffées de chaleur, *p*H vaginal) ; d'autres anatomo-pathologiques : curettage explorateur ; d'autres biologiques : recherche de la folliculine dans les urines, excellent dans les cas d'hyperfolliculinémie, très difficile à apprécier s'il y a défaut de folliculine. Reste le test thérapeutique qui, lorsqu'il est franchement positif, suivi de modifications organiques nettement constatables, constitue un critérium évident.

QUATRIÈME RAPPORT.

Le traitement médical de l'insuffisance ovarienne. (Traitement médical général et traitement opothérapique.)

Le traitement médical dans l'insuffisance ovarienne fait l'objet d'un rapport divisé en deux parties :

Dans la première partie, les auteurs font l'étude des indications après avoir éliminé les contre-indications formelles. Les cas susceptibles d'être traités se rencontrent à toutes les périodes de la vie génitale : à la puberté, à l'âge de la maturité sexuelle, à la ménopause. Le traitement variera suivant l'une ou l'autre de ces périodes. C'est là tout le problème.

La thérapeutique générale est détaillée en un tableau synoptique, à la fin de la première partie. C'est parmi les médicaments énoncés et les différents moyens décrits que le gynécologue choisira après discussion ceux qui lui paraissent les mieux indiqués pour combattre les cas si variés d'insuffisance ovarienne.

La deuxième partie est consacrée tout entière à l'opoi-



APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF, SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
Poudre
Clonazone
Daufresne
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT
VRAC
pour hôpitaux
et cliniques
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS — LE HAVRE

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

thérapie, qui fait l'objet d'une étude très complète. Après une étude clinique et biologique approfondie des divers produits et préparations utilisés, les auteurs concluent à la nécessité de se rallier, en ce qui concerne la folliculine, à une mesure fixe ou unité internationale sans laquelle l'accord ne peut être établi dans les recherches scientifiques.

En ce qui concerne le choix du produit et la posologie, il est encore impossible, dans l'état actuel de la science, de pouvoir donner des précisions, bien que de nombreuses expériences aient été tentées récemment en vue de rechercher des tests cliniques ou biologiques sûrs. L'étude clinique, longuement exposée, montre que la valeur pratique de ces tests est encore sujette à caution, mais elle permet d'affirmer que c'est dorénavant du côté de ces recherches patientes que doit venir la lumière.

La discussion à l'heure actuelle reste donc encore ouverte sur le choix des produits et l'emploi des fortes ou faibles doses.

Les auteurs exposent les raisons d'application de leurs méthodes sans se hâter de conclure, en se basant sur des faits observés chez les malades examinés et traités. Ils s'appliquent surtout à donner une étude détaillée de la thérapeutique par la folliculine et de celle plus récemment utilisée par les hormones anté-hypophysaires. Ils exposent ce qu'on peut attendre de leur emploi, isolé ou simultané, dans les différents cas cliniques d'insuffisance ovarienne aux diverses périodes de la vie génitale.

CINQUIÈME RAPPORT.

Physiothérapie de l'insuffisance ovarienne.

Les agents physiques permettent, suivant leurs modalités, leur posologie, d'exercer des effets de stimulation, de frénation ou de régularisation du fonctionnement des glandes endocrines et du sympathique, dont les troubles peuvent déterminer la production du syndrome de l'insuffisance ovarienne. On peut diviser les agents physiques en deux groupes :

a. Les uns, rayons infra-rouges et ultra-violets, haute fréquence, massage électrique ou galvanique, exercent des actions de surface en un point ou sur toute l'étendue du tégument externe et en modifiant la circulation superficielle ou en excitant les terminaisons sympathiques déterminent des incitations qui peuvent par voie réflexe avoir un effet de régulation sur les glandes endocrines. Ces agents sont indiqués dans les insuffisances ovariennes primitives et dans les insuffisances ovariennes secondaires où ils constituent un adjuvant utile du traitement médical et opothérapique.

b. Les autres, diathermie, ondes courtes, radiothérapie, réalisent à l'intérieur des tissus un transport ou une transformation d'énergie et permettent d'obtenir, suivant leur posologie, des effets de stimulation ou de frénation sur les glandes endocrines. La diathermie abdominale est indiquée dans les insuffisances ovariennes primitives, pré ou postpubérales ; elle est inefficace dans l'insuffisance ovarienne postopératoire et contre-indiquée dans les insuffisances ovariennes secondaires à une affection ovarienne. Les ondes courtes, en applications générales ou locales, ont les mêmes indications.

La radiothérapie convient aux insuffisances ovariennes primitives postpubérales, soit sous forme de radiothérapie excitante directe, soit de téléradiothérapie appliquée au tronc, soit de radiothérapie sympathique.

Dans l'insuffisance ovarienne de la ménopause artificielle ou naturelle, la radiothérapie hypophysaire frénatrice fait disparaître ou atténue les troubles fonctionnels. Dans les insuffisances ovariennes secondaires, d'origine thyroïdienne ou surrénale, la radiothérapie thyroïdienne ou surrénale agit sur les troubles ovariens secondaires.

Des visites de services hospitaliers et de laboratoires, notamment la visite de l'Institut du Cancer et une exposition de produits pharmaceutiques, eurent lieu pendant le Congrès.

Les congressistes furent en outre conviés à un certain nombre de réceptions et à une soirée théâtrale qui obtinrent le plus grand succès.

Le prochain Congrès de la Société française de gynécologie aura lieu en 1935 à Salies-de-Béarn.

VIIIe RÉUNION DE L'ASSOCIATION DES PHYSIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Le Congrès annuel de l'Association des physiologistes a tenu, cette année, ses assises à Nancy, du 23 au 26 mai, sous la présidence de M. H. Frédéricq, professeur à l'Université de Liége.

Les séances eurent lieu dans les auditoires de l'Institut de physiologie dirigé par le professeur Lambert et furent consacrées à l'exposé et à la discussion de plusieurs rapports et communications. Parmi les sujets traités, nous citerons plus particulièrement les rapports sur les excitants et paralysants du système nerveux autonome par MM. Lapicque (Paris) et Bacq (Liége), sur les fonctions respiratoires du sang chez les différentes espèces animales par MM. Roche (Marseille) et Florkin (Liége), sur le métabolisme de l'ammoniaque par MM. Delaunay (Bordeaux) et Polonovski (Lille).

La plupart des laboratoires de physiologie, de biochimie et de pharmacologie belges avaient tenu à se faire représenter à cette réunion. Nous avons noté la présence de MM. Demoor, De Waele, Zunz, H. Frédéricq, C. Heymans, Bigwood, Bremer, Van de Velde, Rijlant, Brouha et La Barre.

En dehors du programme scientifique, les congressistes furent invités à un déjeuner servi dans la spacieuse bibliothèque de la Faculté de médecine et à une réception à l'Hôtel de Ville. La plupart d'entre eux participèrent à une excursion de deux jours dans les Vosges, au cours de laquelle ils purent admirer les principales stations thermales de cette pittoresque région.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE LYON

2 et 3 juillet 1934 (1).

Comme il y a deux ans à Nancy, comme l'an dernier à Paris, les Journées orthopédiques de Lyon, les 2 et 3 juillet, ont remporté le plus vif et le plus légitime succès. Une fois de plus est démontré combien heureuse est la formule de ces journées où les chirurgiens orthopédistes viennent se rendre compte des méthodes employées dans les autres centres, comparer avec les leurs propres, en un mot s'instruire. Aussi de tous les points de la France et de nombreux pays étrangers s'étaient-ils rendus à l'appel du Comité d'organisation.

C'est dans le cadre de ce magnifique nouvel hôpital de la Grange-Blanche et des vastes bâtiments de la nouvelle Université dus en partie à la générosité de M. Rockefeller qu'eurent lieu les réunions scientifiques.

De l'hôpital de la Grange-Blanche, que les congressistes visitèrent en détail, et qui est construit par petits pavillons à un étage groupés, je ne puis dire autre chose qu'il réunit tous les perfectionnements modernes. Le groupement des services de chirurgie et médecine adultes, enfants, et de toutes les spécialités dans le même hôpital, constitue un avantage énorme ; il permet la collaboration efficace de toutes les compétences auprès d'un malade.

Séances opératoires. — Pendant deux matinées, dans les divers pavillons de chirurgie, ont eu lieu des interventions chirurgicales, présentations de malades encore dans les salles, et de documents radiographiques.

C'est ainsi que, dans le service de clinique chirurgicale infantile, on a pu voir : le professeur NOVÉ-JOSSERAND exécuter une **arthrodèse sous-astragalienne combinée avec l'évidement de l'astragale et du cuboïde pour pied bot congénital chez un enfant de quatre ans** ; M. TAVERNIER, une **ostéotomie sous-trochantérienne avec conservation d'un ergot externe** (ostéotomie de Momsen) pour luxation congénitale double irréductible de la hanche ; M. TAVERNIER, **une arthroplastie de la hanche pour une luxation congénitale de l'adulte**, avec creusement d'un néocotyle profond et interposition de fascia lata.

Dans le même pavillon, MM. Nové-Josserand, Tavernier et leurs élèves montrèrent de nombreux documents, en particulier sur l'évolution des ostéites kystiques et fibro-kystiques, les tumeurs des os, la coxa-vara, les formes anormales de la syphilis osseuse.

Dans son pavillon, le professeur BÉRARD exécuta une **greffe d'Albee pour un mal de Pott chez un adulte** ; et dans son service M. SANTY, une **arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie.**

Séances de travail. — Les deux après-midi furent employées à des présentations de malades, instruments, radiographies.

M. Lucien MICHEL présente quatre enfants opérés il y a plusieurs années entre quatre et sept ans pour **des pieds bots congénitaux par l'arthrodèse sous-astragalienne combinée à l'évidement de l'astragale et du cuboïde.**

M. VIGNARD est resté fidèle à la **tarsoclasie avec l'appareil de Robin dans le traitement des pieds bots congénitaux.** Il montre les bons résultats qu'on peut en retirer pour la correction du varus du pied (la ténotomie du tendon d'Achille n'est effectuée que par la suite), et plus tard, s'il y a lieu, pour la correction de la rotation du tibia par ostéoclasie.

M. L. MICHEL présente des **appareils de redressement pour pieds bots congénitaux.** — Pour le pied bot unilatéral, il emploie la traction caoutchoutée entre une semelle et une genouillère en aluminium. Dans le pied bot bilatéral, les deux semelles d'aluminium sont réunies par un ressort qui les force à tourner en valgus.

M. L. MICHEL présente un **appareil de redressement pour pied bot talus valgus** comprenant une gouttière jambière, articulé avec une semelle prolongée en un long ergot en arrière. Sur cet ergot s'attache la traction caoutchoutée qui redresse le talus.

M. L. MICHEL présente **un appareil plâtré à valve pour fixer en rotation interne les luxations congénitales de la hanche** ayant tendance à se reluxer.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente un cas de **dyschondroplasie congénitale très marquée.**

M. L. MICHEL montre un enfant atteint de **malformations complexes du membre inférieur,** nécessitant un appareillage spécial pour permettre la marche.

M. L. MICHEL montre **l'appareil plâtré à redressement actif de Schede dans la scoliose.** Il n'a pas donné les résultats qu'il en espérait, et a été remplacé dans le service par les plâtrés sectionnés à la jonction des courbures. La réduction est obtenue par bascule progressive des deux moitiés de l'appareil, soit par l'action d'un tourniquet, soit par celle d'une articulation à vis.

M. TAVERNIER montre **l'évolution des kystes des os** et la possibilité dans certains cas de leur guérison par fracture spontanée.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente deux cas de **pseudarthrose congénitale de jambe :** l'un, traité par des greffes de Delagénière, a guéri ; le deuxième, traité de même, a récidivé et a été guéri par la méthode de Halm.

M. NOVÉ-JOSSERAND montre un cas d'**ostéite fibreuse** où l'opération a trouvé une masse solide fibreuse dans l'os.

M. TAVERNIER expose d'après trois cas **l'évolution spéciale des tumeurs à myéloplaxe du col fémoral.** Comme il n'y a pas de périoste, l'os détruit ne se reproduit pas, le col présente une encoche.

Il insiste sur l'efficacité de la radiothérapie faite à très petites doses pour stériliser ces kystes avant ou après la greffe osseuse.

M. TAVERNIER montre un beau résultat obtenu par **greffe occipito-cervicale dans un cas de fracture de la base de l'odontoïde** avec déplacement progressif de l'atlas en avant. Ces déplacements sont fréquents et peuvent être tardifs.

M. TAVERNIER établit les **indications du traitement sanglant dans les luxations congénitales de la hanche** : ce sont les cas irréductibles, incoercibles ou trop âgés. Entre quatre et dix ans, il a fait 13 réductions sanglantes. Mais souvent le cotyle est petit, à toit fuyant, et les hanches se subluxent par la suite.

Après dix ans, il ne faut pas chercher à réduire, mais faire l'opération de reconstruction de la hanche avec creusement d'un néocotyle profond. M. Tavernier a exécuté cinq fois cette opération.

(1) Association de la Presse médicale française.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. L. Michel : **Les indications des ostéotomies dans les luxations congénitales de la hanche** consistent dans les troubles de la marche ou les douleurs dans les cas irréductibles. La technique employée a été celle de la bifurcation typique. Il montre cinq malades avec des résultats éloignés excellents, bien que la radiographie révèle des dispositions variables.

M. Pouzet : **Les réfections ostéoplastiques du toit du cotyle dans la luxation et subluxations congénitales de la hanche.** — Diverses méthodes ont été employées dans le service. La tendance à placer l'appui trop haut a amené M. Nové-Josserand à décoller la capsule et le fibro-cartilage articulaire du plafond osseux et à combler l'hiatus par des greffes.

Dans les subluxations et les luxations antérieures, la butée osseuse donne des résultats fonctionnels parfaits.

Dans les hanches réduites avec subluxation secondaire, l'emploi de l'appareil de dérotation de L. Michel suffit pour les cas légers ; dans les cas plus graves, la réfection d'un plafond est indispensable

La constitution d'une butée constitue aussi un complément dans les réductions sanglantes.

M. Tavernier : **Les transplantations musculaires dans le genou paralytique.** — Cinq observations. La transplantation du tenseur du fascia lata ne demande pas de rééducation. Celle des fléchisseurs demande une rééducation très longue. Il vaut mieux pratiquer la transplantation totale des muscles postérieurs que celle du biceps seul qui expose à la luxation de la rotule en dehors. Bien que l'extension soit très limitée, le résultat fonctionnel est bon.

M. Tavernier montre le bon résultat obtenu dans la **flexion du gros orteil chez les poliomyélitiques** par la fixation du tendon fléchisseur à la première phalange.

M. Tavernier : **Traitement du recurvatum du genou dans la poliomyélite par une butée tibiale antérieure.**

M. Tixier : **Fracture des extrémités du plateau tibial** (4 observations). — Ces fractures, soit en cupule par tassement, soit avec détachement d'un coin, donnent un genou très instable par dénivellation du plateau tibial. Dans ces cas, il faut soulever le fragment et combler l'hiatus par des greffes. Il est bon de faire une arthrotomie qui permet de vérifier la reconstitution du plateau ainsi que l'état des ligaments croisés et des ménisques.

MM. Bérard et Armanet : **Ostéosynthèse du rachis en dehors du mal de Pott.** — La méthode de Böhler est efficace pour réduire la fracture, mais, surtout à la région dorsale, on peut voir le tassement se reproduire ; aussi il y a avantage après la réduction à la fixer par une greffe osseuse. De même, dans les cas de fractures ou subluxations vertébrales vus tardivement et où la réduction n'est plus possible, la greffe donne d'excellents résultats (3 malades).

M. Rendu : **La désinsertion de l'aponévrose plantaire dans le pied creux essentiel**, selon la technique de M. Nové-Josserand, donne d'excellents résultats à condition de la pratiquer à temps, avant la production des déformations osseuses.

M. Santy montre les **résultats éloignés de l'ostéosyn-**

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

thèse dans 40 maux de Pott. — Il y a eu dans les suites 6 décès (2 méningites, 2 cachexies par fistules, 1 maladie d'Addison, 1 lésion pulmonaire), 2 cas ont fait un deuxième foyer, 18 résultats excellents, 7 bons, 2 médiocres ; les autres ont été perdus de vue.

M. WERTHEIMER : **Opérations portant sur le système nerveux dans la maladie de Little** (3 malades). — Il rejette la radicotomie postérieure choquante et illogique. Le stöffel ou plutôt la suppression de certains filets nerveux est indiquée (obturateur, nerfs des ischio-jambiers). Les ramisections et gangliectomies du grand sympathique donnent une amélioration certaine.

M. TAVERNIER : **Ostéosynthèse dans la scoliose.** — M. Tavernier, ayant eu des rechutes après des ostéosynthèses avec greffe, préfère la méthode de Hibbs. Dans un cas, il a effectué la résection partielle d'une vertèbre cunéiforme dorsale. Cette tentative a été suivie de rechute. Le traitement opératoire reste un traitement d'exception.

Remise de la médaille de M. Nové-Josserand. — Les élèves, amis et admirateurs du professeur Nové-Josserand avaient tenu à faire coïncider les journées orthopédiques avec la remise au professeur Nové-Josserand de la médaille qui lui était offerte au moment où il allait quitter la chaire de chirurgie orthopédique. Cette cérémonie a eu lieu dans la grande salle de conférence de l'Université, trop petite pour contenir tous ceux qui étaient venus pour remercier, applaudir, l'élève et le digne successeur d'Ollier.

Dans des allocutions pleines de sympathie et d'émotion, ont pris successivement la parole MM. LAROYENNE (Lyon), MOURIQUAND (Lyon), MAFFEI (Bruxelles), MOUCHET (Paris), EMSLIE (Londres), DI GAETANO (Naples), SAN RICART (Barcelone), DELCHEF (Bruxelles), NICOD (Lausanne), MATHIEU (Paris), LÉPINE (Lyon), et HERRIOT, qui présidait la séance.

Le premier soir, le professeur et Mme Nové-Josserand recevaient leurs invités dans un de ces restaurants de Lyon qui lui constituent une réputation chez les gourmets; une soirée artistique très réussie suivait le dîner. Le deuxième soir, des cars ont emmené les congressistes pour le banquet de clôture du Congrès, dans le site du col de la Lucrs, d'où l'on découvre la haute vallée du Rhône avec, comme toile de fond, la chaîne du Mont Blanc.

M. LANCÉ.

LA JOURNÉE MÉDICALE D'AMIENS

Le dimanche 17 juin s'est tenue à Amiens la septième Journée médicale organisée sous les auspices de la Société médicale d'Amiens. Elle fut suivie par de nombreux docteurs en médecine, en pharmacie et docteurs vétérinaires.

Au cours de la séance de travail qui a eu lieu le matin sous la présidence du professeur Doumer, de la Faculté de médecine de Lille, dans la salle des conférences de l'Administration des hospices, des communications furent faites par MM. Pichon et Jardillier, sur les recherches de la loi de la sédimentation globulaire du sang humain normal ; par MM. Avinens et Hautefeuille, sur l'hémiplégie consécutive à une hémorragie dentaire ; par le Dr Weisch, sur les effets de l'extrait pancréatique désinsuliné sur la tonicité du myocarde ; par le Dr Labarrière, sur les troubles circulatoires du sillon céphalo-auriculaire ; par le Dr Balédent, sur l'opothérapie cardiaque ; par le Dr Leplat, sur les considérations relatives à la trombo-phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire ; par le Dr Hautefeuille, sur la digestion et la circulation ; par MM. Mayonade et Hautefeuille, sur les accidents consécutifs aux ponctions pleurales chez les cardiaques ; par le Dr Girard, sur les cardiaques noirs ; par le Dr Godéchoux, sur la circulation rétinienne et sa tension artérielle ; par le Dr Poulain, sur le traitement des varices de la grossesse ; par le Dr Masson, sur l'artérite chronique et la sympathectomie chimique.

Enfin, le professeur Doumer fit une conférence sur les formes cliniques atypiques de l'angine de poitrine et sur les services rendus par l'électrocardiographie pour leur identification.

Un banquet de 90 couverts a suivi la séance de travail. Après le banquet, les convives visitèrent une exposition de spécialités pharmaceutiques, produits d'alimentation pour l'enfance et traitements de régime présentés par les grands laboratoires français.

La Journée se termina par une représentation théâtrale et un concert.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AUTOMOBILISTES D'UTRECHT

Le deuxième Congrès international des médecins automobilistes s'est tenu à Utrecht.

Assistaient au congrès les présidents et délégués de la France (Drs Trémolières et Burill), de la Hollande (Drs Prius et Aghina), de l'Autriche (Dr Hochsinger), de l'Allemagne (Dr Vestermayer), de la Tchécoslovaquie (Drs Keil et Hora), du Danemark (Dr Martin), de la Belgique (Dr Peeters).

Ont assisté et pris part aux discussions les confrères français, les Drs Carpette, Huber, Guebel, Dhers, Aurenche, Doré, Leroy, Lévy-Lebar, Jourdan, Hanriot, Péchillot, Dieckser, Bory et Abd et Nour.

A la réunion du bureau, il a été décidé ce qui suit :

1° Le Congrès international des médecins automobilistes aurait lieu tous les deux ans, dans le pays choisi par les membres du bureau ;

2° Toutes les deux années, également, mais en alternant avec le Congrès international, une réunion des présidents des clubs et leurs délégués se tiendra dans le pays choisi par le bureau ;

3° La prochaine réunion des présidents et des délégués aura lieu en juin 1935 à Prague ; cette assemblée ne durera qu'un jour ;

4° Le prochain Congrès international aura lieu à Paris, en 1936 ;

5° Les Congrès internationaux auront toujours lieu au moment des fêtes de la Pentecôte, et les réunions des pré-

sidents et des délégués auront lieu à une date à déterminer dans le mois de juin ;

6° Les frais du Congrès international seront supportés par le pays qui reçoit ; toutefois, chaque congressiste devra verser une quote-part à déterminer chaque fois ;

7° Les frais de bureau, de déplacement et d'organisation générale des présidents et délégués dans les réunions et Congrès internationaux seront répartis entre les différents pays, au prorata des membres de ces clubs ;

8° Le bureau a procédé aux élections suivantes :

a. Le Dr Prins est élu président de l'Union internationale des automobiles-clubs médicaux, pour une durée de deux années, c'est-à-dire jusqu'au Congrès de Paris de 1936 ;

b. Le Dr Trémolières, président de l'Association des médecins automobilistes de France, a été élu vice-président, pour une durée de deux années, date à laquelle il deviendra président de l'Union internationale des automobiles-clubs médicaux.

Il en sera ainsi et par renouvellement tous les deux ans.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS CATHOLIQUES

Société de Saint-Luc, Saint-Côme, Saint-Damien.

L'Association des médecins catholiques, Société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, vient de fêter son cinquantenaire.

Fondée au Mans, le 27 septembre 1844, par dix médecins venus des quatre coins de la France, sous l'inspiration du Dr Le Bèle chirurgien du Mans, encouragé par Mgr d'Oultremont et par dom Couturier, Révérend Père abbé de Solesmes, elle compte aujourd'hui 3 300 membres français, répartis en 40 comités régionaux. Le premier président général en fut le Dr Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (1).

(1) Association déclarée sous le bénéfice de la loi de 1901.

La Société de Saint-Luc est restée parfaitement fidèle à l'esprit dans lequel elle a été créée. Elle poursuit trois buts :

1° C'est avant tout une association religieuse, elle est érigée en confrérie canonique dont le siège est à la Basilique du Sacré-Cœur de Montmartre ;

2° Dans les réunions de travail sont étudiées les questions les plus variées touchant à la fois à la médecine, la philosophie, la morale et l'apologétique ; le plus souvent,

elle comprend des membres titulaires ou adhérents qui doivent être Français, docteurs en médecine et catholiques, des membres d'honneur, des aspirants (étudiants).

La Société comprend 40 comités en France qui nomment chacun leur bureau et jouissent d'une large autonomie. Elle est administrée par un conseil général siégeant à Paris dont le bureau est actuellement constitué par le Dr O. Pasteau, président général, le Dr Grenet, médecin des hôpitaux, vice-président général, le Dr Ferrand, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, secrétaire général, le Dr Dauchez, trésorier général.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ces études se font en collaboration avec des théologiens qualifiés.

3° Ses membres prennent part aux œuvres sociales diocésaines dans la mesure où leur compétence professionnelle peut être utile et souhaitée par les autorités religieuses (hygiène générale du clergé, missions, inspection des écoles, etc...).

Toute question d'intérêt matériel est systématiquement écartée et toute discussion politique interdite.

Pour célébrer le 50e anniversaire de la fondation de Saint-Luc, les médecins sont venus nombreux de toute la France. Plusieurs Sociétés étrangères de médecins catholiques se sont fait représenter. Le 10 juillet, à 8 heures du matin, une messe a été dite à la basilique du Sacré-Cœur par le chanoine Segaux, membre de la Société à titre de docteur en médecine. A l'issue de cette messe, Mgr Baudrillart a prononcé un sermon : le recteur de l'Institut catholique se devait d'adresser la parole à cette collectivité d'intellectuels parmi lesquels des professeurs, des médecins des hôpitaux, etc. Deux séances de travail ont eu lieu ensuite, 61, rue Madame, au Cercle des Etudiants catholiques.

Dans la première, le secrétaire général Dr Ferrand a retracé l'histoire de la Société depuis sa fondation. La seconde a été occupée par les rapports du secrétariat international et ceux des Sociétés étrangères ; nous sommes ainsi instruits de ce qui se fait ailleurs.

Après une réception à l'archevêché de Paris par NN. SS. les évêques auxiliaires, a eu lieu un banquet à l'hôtel Lutétia. Autour des dirigeants de la Société de Saint-Luc étaient groupées les principales personnalités ecclésiastiques qui ont été mêlées à la vie de l'Association et les journalistes catholiques qui veulent bien s'y intéresser. A tous, le Dr Pasteau adressa ses souhaits et ses remerciements.

Le 11 juillet, les médecins membres de la Société et leurs familles sont partis en pèlerinage à Solesmes. Après un court arrêt à Chartres, ils ont été reçus au Mans par les enfants du Dr Le Bèle, M. le Dr et Mme Mordret qui continuent dans cette ville les traditions de leur père. Là est en effet le berceau de la Société. Le lendemain, messe à Solesmes, visite de l'abbaye et réception par le Révérendissime Père Abbé.

Le 13 juillet, après avoir couché à Lisieux et vénéré le sanctuaire de la petite sœur Thérèse, les pèlerins rentrent à Paris. A Chartres, Mgr Harscouet, au Mans, Mgr Grente, à Lisieux Mgr Picaud ont bien voulu les recevoir.

Par ces manifestations religieuses, ces séances de travail, ces pèlerinages aux sanctuaires gardiens des traditions et de l'art médiéval, les médecins de la Société de Saint-Luc ont voulu montrer, à l'occasion du cinquantenaire de leur fondation, qu'ils étaient bien les descendants des confréries religieuses et des corporations professionnelles d'autrefois.

L. J.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juillet 1934.

Les mélanocytes de l'écaille du poisson, réactif « in vitro » pour le diagnostic biologique de la grossesse. — MM. LÉON BINET, JEAN VERNE et M[lle] F. LUXEMBOURG ont étudié les extraits d'urines en utilisant comme réactif *in vitro* les mélanocytes de l'écaille isolée de Cyprin. Les dilatations des mélanocytes examinés au microscope ont été classées en réactions positives quand l'étalement se fait en deux, trois minutes, et en négatives quand il est plus tardif ou nul.

La réaction a été positive dans 18 cas examinés sur 18 d'urines de femmes enceintes (âge des gestations : de six semaines au terme). Elle a été négative pour la femme non gestante (sauf dans quelques cas où l'urine était recueillie juste avant les règles) et pour l'homme sain ou malade. Il peut y avoir dans cette réaction la base d'un procédé pratique et non onéreux de diagnostic de la grossesse.

Du rôle de la lésion nerveuse dans la production de l'épilepsie de Brown-Séquard chez le cobaye. — MM. Ph. PAGNIEZ et R. LAPLANE ont pu obtenir l'épilepsie chez le cobaye à sciatique intact, en le mettant simplement dans l'impossibilité de chasser les poux de la région du cou par divers moyens de contention. Les poux paraissent jouer un rôle essentiel dans le développement de l'épilepsie de Brown-Séquard, et la lésion du sciatique semble agir non en tant que lésion nerveuse, mais seulement en favorisant le développement des poux en empêchant l'animal de se gratter.

Kaliémie et diabète sucré. — MM. F. RATHERY et J. BERTOLIATTI signalent que, chez les diabétiques consomptifs, la kaliémie plasmatique s'élève, et cette élévation est parfois assez importante ($0^{mg},355$ p. 100). La kaliémie du sang total semble varier peu et d'une façon irrégulière. Pour serrer le problème de plus près, il faut étudier directement la kaliémie globulaire.

Le traitement insulinique prolongé paraît ramener la kaliémie plasmatique du diabétique consomptif vers la normale et ne pas avoir d'influence sur la kaliémie du sang total.

Recherches préliminaires sur les crises provoquées chez les asthmatiques par certains esters de la choline. — MM. MAURICE VILLARET, PASTEUR VALLERY-RADOT, L. JUSTIN-BESANÇON et FRANCOIS CLAUDE ont utilisé dans leurs expériences l'acétyl-β-méthylcholine. Injectée à un asthmatique, par voie sous-cutanée, à la dose de 2 à 4 centigrammes, l'acétyl-β-méthylcholine provoque en deux minutes une crise plus ou moins violente : dyspnée progressivement croissante, modifications typiques du rythme respiratoire, râles ronflants et sibilants, puis toux et légère expectoration grisâtre. En même temps se manifestent d'autres phénomènes relevant de l'excitation parasympathique (salivation, transpiration, troubles vaso-moteurs et chute de la tension artérielle). L'atropine arrête en quelques instants la crise expérimentale.

A l'opposé, les sujets normaux ne manifestent jamais de phénomènes respiratoires après injection de dérivés choliniques. Seul l'asthmatique réagit par une crise dyspnéique à l'injection d'acétyl-β-méthylcholine.

Rayons X et hémolyse « in vitro ». — MM. B.-S. LEVIN et C. PIFFAULT, grâce à un dispositif permettant l'application de grosses énergies rœntgéniennes, ont pu obtenir dans un temps relativement court la lyse des hématies humaines et animales. A titre d'exemple, le sang humain a été complètement lysé en quinze minutes environ, alors que le sang de cobaye ne nécessitait que vingt-cinq minutes en moyenne. Des variations de la radio-résistance ont été constatées principalement dans le sang de femelle, qui s'est révélé plutôt plus sensible que celui du mâle.

Présence d'une sensibilisatrice anti-embryonnaire dans le sérum de l'enfant. — MM. L. NATTAN-LARRIER, L. GRIMARD-RICHARD et S. NOUGUÈS. — Le sérum des sujets âgés de un à sept ans, mis en présence d'un extrait embryonnaire de poulet ou de cobaye, fixe le complément dans au moins 85 p. 100 des cas. Dans les mêmes conditions, les sérums des sujets âgés de six à onze ans fixent le complément dans 40 p. 100 des cas. La réaction est négative ou douteuse chez les enfants âgés de onze à quatorze ans. Elle est toujours négative chez les nouveau-nés.

Le taux du glutathion réduit dans le muscle après la contraction. — MM. LÉON BINET et C. WELLER ont dosé le glutathion réduit, par la technique qu'ils ont précédemment publiée, dans des muscles sterno-mastoïdiens de chiens au repos ou après une excitation non tétanisante, prolongée pendant cinq minutes et déterminant des contractions séparées à un rythme de 80 ou 100 à la minute. La contraction répétée détermine une diminution marquée du glutathion réduit du muscle aussi bien chez le chien normal que chez le chien dépancréaté.

Teneur en glutathion réduit du sang des vieillards. — MM. JEAN PARAF, JEAN DESBORDES et R. DELÉTANG ont étudié la teneur en glutathion réduit du sang de douze vieillards et ses variations. En comparant leurs résultats avec ceux obtenus chez des adultes normaux, ils ont pu vérifier que l'âge n'influe pas sur la glutathionémie. Chez le même individu normal, la glutathionémie ne subit que de faibles variations.

L'immunisation antistaphylococcique expérimentale au moyen de l'anastapylotoxine. — MM. G. RAMON et P. NÉLIS ont vu l'injection d'anatoxine staphylococcique provoquer l'apparition dans le sérum de substances capables de neutraliser l'effet dermo-toxique de la toxine spécifique. Cette neutralisation s'effectue aussi bien *in vitro* que *in vivo*. Ces substances neutralisent en même temps le pouvoir hémolytique et l'action léthale de la toxine. La voie intraveineuse est inapte à la produition d'antitoxine. La voie intradermique paraît être la meilleure pour la production d'antitoxine.

L'anatoxine diphtérique et l'anastaphylotoxine injectée en même temps, en mélange, ne se nuisent pas mutuellement : l'antitoxine staphylococcique s'élabore dans les mêmes conditions, que l'anatoxine staphylococcique soit associée ou non à l'anatoxine diphtérique.

Le lapin est malgré tout un animal assez difficile à immuniser au moyen de l'anastaphylotoxine. Cependant des lapins vaccinés ne présentent que des lésions minimes à l'épreuve intradermique au moyen de staphylocoques toxigènes ; ils font preuve, après injection intraveineuse de staphylocoques, d'une survie manifeste.

Sur la présence de l'antitoxine diphtérique d'origine naturelle chez les indigènes de l'Afrique Occidentale. — MM. G. RAMON et P. NÉLIS ont constaté qu'une très forte

proportion d'indigènes de l'Ouest Africain possèdent à un degré plus ou moins élevé l'immunité antidiphtérique naturellement acquise : 60 sur 63 des indigènes examinés, soit 95 p. 100, ont dans leur sérum une quantité d'antitoxine égale ou supérieure à 1/30e d'unité antitoxique. Chez les enfants noirs eux-mêmes la présence d'antitoxine dans le sérum est fréquente, relativement plus fréquente que chez les enfants de nos pays. Fait intéressant à noter, un certain nombre de ces indigènes n'ont fait qu'un court séjour dans les villes du Congo belge au contact des Européens. Il paraît donc bien établi que, quel que soit leur genre de vie, quel que soit leur habitat, les indigènes de l'Afrique Occidentale sont capables d'acquérir naturellement l'immunité antidiphtérique, traduite par la présence d'antitoxine spécifique dans le sang. Les récentes recherches effectuées dans des conditions analogues chez le singe, et en particulier la constatation de la présence dans la gorge de cet animal du bacille diphtérique, permettent d'envisager comme de plus en plus probable le rôle primordial des infections spécifiques, apparentes ou occultes, dans l'immunité antidiphtérique naturellement acquise.

Étude de l'adsorption de la toxine tétanique par le verre. — MM. S. Mutermilch, M. Belin et Mlle E. Salamon signalent que la surface des pipettes en verre, ainsi que la poudre de verre finement broyée, sont capables de fixer des quantités appréciables de toxine tétanique. Lorsque le verre est ensuite soumis à des lavages répétés avec de l'*eau physiologique*, la toxine se détache très facilement et disparaît rapidement ; par contre, lorsque ces lavages ont lieu en présence d'une des *substances protectrices* étudiées par les auteurs (peptone, sérum, lait, gélose, etc.), la toxicité des liquides de lavage persiste très longuement.

Pratiquement, ce phénomène joue un rôle très important dans la recherche du titre de toxine tétanique, surtout lorsqu'on se sert des substances protectrices (eau peptonée) pour préparer les dilutions successives de toxine ; dans ce cas, il est indispensable de changer de pipette à chaque nouvelle dilution de toxine.

Sur la composition d'un milieu modifiant l'apparence des colonies de bacilles tuberculeux qui s'y développent. — M. A. Berthelot, Mlle G. Amoureux et M. F. Van Deinse indiquent le mode de préparation d'un milieu gélosé à base de jaune d'œuf sur lequel le bacille tuberculeux du type mammifère se développe toujours sous forme de colonies lisses, sans que ses autres caractères biologiques en soient pour cela modifiés.

Propriétés biologiques des colonies dissociées R et S de la souche de Calmette et Guérin (BCG). — MM. A. Saenz et L. Costil concluent de leurs recherches que le BCG est facilement dissociable en quatre variantes de colonies. La variante S et ses dérivés Ch et F S, ainsi que la variante R, ne produisent jamais de lésions tuberculeuses évolutives. Cependant la variante S, à faible dose, détermine, chez le cobaye et le lapin, des lésions inflammatoires spontanément curables, dont la guérison coïncide avec la disparition de l'allergie. A doses massives, la variante S se dissémine dans les viscères plus rapidement que la variante R ; elle provoque, en outre, des phénomènes d'allure toxique qui se traduisent par l'amaigrissement rapide des animaux et la présence de foyers congestifs dans leurs organes. La variante S du BCG vaccine mieux les cobayes contre les inoculations d'épreuve virulentes que la variante R.

Action du sang citraté de provenances diverses sur le développement en milieu liquide des bacilles tuberculeux d'origine humaine, bovine ou aviaire. — MM. A. Saenz et M. Sadettin ont constaté que le sang citraté de diverses provenances (sang citraté de mouton, de lapin neuf, ou vacciné par le BCG ou infecté, de sujets sains, de malades tuberculeux), utilisé comme facteur de croissance pour la culture du bacille de Koch dans le milieu synthétique de Sauton, agit d'une façon différente selon les types bacillaires étudiés : il favorise nettement la culture des souches humaines ou aviaires ; il se montre indifférent pour la culture du BCG ; enfin il exerce une action empêchante sur la culture des bacilles bovins virulents. L'extrait globulaire n'active pas le développement des bacilles bovins virulents ; par contre, il favorise le développement du BCG.

Inclusions amariles chez des animaux réputés réfractaires à l'action pathogène de la fièvre jaune. — S. Nicolau, L. Kopciowska et M. Mathis. On sait que l'inoculation de virus amaril chez le lapin provoque l'apparition des anticorps spécifiques neutralisants dans son sérum, en dehors de tout symptôme morbide, à la suite d'une maladie inapparente. Les auteurs se sont demandé si cette fièvre jaune inapparente laisse des traces dans l'organisme du lapin, notamment si le virus manifeste son passage par l'inclusion caractéristique dans les tissus sensibles.

Chez les lapins, adultes ou jeunes (22 animaux étudiés) inoculés dans le cerveau, dans le péritoine ou dans le nerf sciatique, avec du virus amaril entretenu sur des singes ou adapté au névraxe de la souris, on peut trouver — de manière inconstante — des inclusions caractéristiques de fièvre jaune dans des neurones et dans des cellules gliales du cerveau ou de la moelle, ainsi que dans des cellules des ganglions spinaux. Toutefois, ces inclusions sont de beaucoup plus rares et moins belles que chez la souris et le cobaye inoculés dans les mêmes conditions.

Sérum anticolibacillaire. — MM. M. Weinberg et A.-R. Prévot, au cours de leurs recherches sur le sérum anticolibacillaire, ont utilisé pour l'immunisation des chevaux, un grand nombre d'antigènes : toxine fraîche de vingt-quatre heures, toxine de quarante-huit heures ; autolysats microbiens ; toxine formolée à 4 p. 1 000 ayant séjourné huit jours à l'étuve à 37° ; culture formolée à 4 p. 1 000 ; microbes formolés ; toxine desséchée. Les antigènes étaient injectés, suivant leur nature, sous la peau, dans les muscles ou dans la veine. On a aussi utilisé le procédé de Weinberg, dans lequel on injecte à quelques heures d'intervalle les microbes (veine) et la toxine (peau) séparés par la centrifugation.

Avec tous ces antigènes, ils ont obtenu un sérum actif, donnant des bons résultats dans la pratique journalière (appendicite, péritonite). Mais les chevaux ne résistent pas longtemps aux injections de ces antigènes. En prolongeant jusqu'à un mois le séjour de la toxine formolée à 4 p. 1 000 à l'étuve à 37°, ils ont obtenu un antigène qui est bien supporté par le cheval. Le sérum est polyantitoxique ; il neutralise toutes les exotoxines et aussi, mais plus faiblement, l'endotoxine insoluble du *B. coli*.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Le meilleur sérum anticolibacillaire s'obtient par le mélange de sérum polyantitoxique préparé avec la toxine formolée et de sérum polyvalent préparé avec des corps microbiens provenant de différentes races de cette espèce microbienne.

Du rôle de la bile dans la vaccination par la voie buccale contre le colibacille. — Mme AITOFF.

La valeur de la présence d'agglutinines dans le sang au cours de la vaccination par la voie buccale contre le colibacille. — Mme AITOFF et Mlle BIRON. — La vaccination par la voie buccale contre le colibacille chez le lapin, pour être efficace, doit être précédée par l'ingestion de bile. A cette condition, le lapin est préservé contre l'injection intraveineuse de la dose mortelle qui tue le lapin n'ayant pas absorbé de bile dans les mêmes délais que les lapins témoins. L'immunité consécutive à la vaccination par la voie buccale contre le colibacille n'est pas en rapport avec la présence des agglutinines dans le sang. Toutes les races de colibacilles ne donnent pas d'agglutinines après absorption *per os* de doses énormes de microbes, même si cette absorption est précédée d'ingestion de bile. Pour les races qui amènent la production d'agglutinines, celles-ci apparaissent plus tôt et sont plus abondantes lorsque la vaccination par la voie buccale est précédée par l'ingestion de bile.

F.-P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1934.

Cancer et venin de cobra. — M. TAGUET, analysant la communication du Dr Filderman sur un cas de tumeur du fémur guérie cliniquement par l'hémocrinothérapie, ne croit pas que l'image radiographique puisse être interprétée comme celle d'une tumeur maligne en évolution mais comme un processus de calcification. Après un exposé rapide sur une conception « Cancer maladie générale », il expose les différentes méthodes thérapeutiques médicales et présente pour la deuxième fois des malades traités par le venin de cobra depuis plus d'un an. L'algie a disparu depuis longtemps : les lésions se sont stabilisées, et même ont rétrogradé.

Chute des cils et des sourcils et déséquilibre endocrino-sympathique. — M. G. ROBIN présente le cas d'une enfant de neuf ans et demi, présentant un léger syndrome d'insuffisance surrénale avec appoint d'hypothyroïdie. L'administration simultanée de thyroïde et de surrénale, qui améliora l'état psychique, détermina la chute d'une partie des cils et des sourcils. Le métabolisme basal, qui est resté normal montre qu'il ne s'agit pas d'hyperthyroïdie. Pour Robin, l'association thyroïdo-surrénale a renforcé l'action des produits au point d'exciter normalement le bulbe pilaire. Le sympathique paraît donc en cause dans ce cas d'alopécie.

Greffe hétérogène à l'homme de glandes endocrines d'animaux domestiques préalablement préparés par l'anti-humanisation. — MM. DARTIGUES et KFOURI présentent une nouvelle méthode de greffe endocrinienne qui leur permet, par un procédé original qu'ils appellent l'anti-humanisation, de greffer à l'homme des glandes d'animaux domestiques, tels que le lapin, rendant ce traitement chirurgical pratiquement bien plus aisé et plus accessible. Les résultats sont très encourageants et paraissent équivalents à ceux obtenus par la greffe des glandes d'anthropoïdes ou de singe.

La réflexothérapie et le cœur. — M. A. PRUCHE rappelle que cette méthode consiste surtout en applications sur la septième vertèbre cervicale d'appareils percutants ou susceptibles de provoquer des vibrations. On traite de cette façon les insuffisances cardiaques. Les résultats obtenus sont réels et mesurables : diminution de l'aire orthodiagraphique après vibration vertébrale C_7, diminution de la neurotonie ; mais ces résultats sont immédiats et peu durables (quelques minutes). Au contraire, la radiothérapie sympathique appliquée suivant la technique de Gouin et Bienvenue (de Brest) (une seule application de quinze à vingt minutes tous les trois ou même tous les six mois sur la septième cervicale) remplace avantageusement les excitations mécaniques percutantes ou vibratoires. Son action est moins immédiate mais beaucoup plus durable (trois à six mois), inoffensive, nettement efficace dans les insuffisances du myocarde. Tous les résultats obtenus par réflexothérapie mécanique le sont également par la radiothérapie sympathique et beaucoup mieux. La radiothérapie sympathique apparaît comme la méthode réflexothérapique de choix.

Ptose abdominale et pelote hypogastrique. — M. L. PRON (d'Alger) est d'avis qu'il est impossible de remettre en place un organe abdominal ptosé au moyen d'une pelote. Il faut en réalité supprimer le tiraillement qu'il subit. On y arrive par le simple emploi de la sangle renforcée sur tout son avant par une bande de tissu ferme ou une plaque métallique mince.

Sémiologie unguéale. — M. L. PRON, s'appuyant sur les données classiques, sur les recherches d'auteurs non médecins et sur ses propres observations, expose sommairement la signification des modifications que subissent ces phanères dans certaines affections générales ou troubles de l'organisme.

Microbe de sortie et microbe de transformation; chimisme pré-infectieux et déterminisme morbide. — M. G. ROSENTHAL émet l'hypothèse que l'infection est souvent conditionnée par une altération primordiale du chimisme intérieur par la déficience du foie ou des glandes endocrines. Cette modification du chimisme permet à ces microbes saprophytes normaux ou accidentels d'acquérir des propriétés pathogènes. L'altération du chimisme détermine l'infection, le retour du chimisme à un fonctionnement normal contribue à la guérison de l'infection.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 juin 1934.

Polynévrite pseudo-myopathique. — MM. ROBERT DEBRÉ, JULIEN MARIE et MESSIMY rapportent une observation de polynévrite pseudo-myopathique d'Alajouanine survenue chez un enfant de cinq ans ; ils insistent sur les signes qui permettent de différencier cliniquement cette variété de polynévrite des myopathies chroniques : début progressif assez rapide, abolition précoce et diffuse de la réflectivité tendineuse, régression de tous les signes en trois mois. Il existe un seul point commun à ces affections foncièrement différentes dans

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

leurs lésions, leur étiologie et leur pronostic, c'est la topographie identique des troubles moteurs par atteinte des mêmes groupes musculaires de la région lombo-dorsale et de la ceinture pelvienne.

Pneumonie du lobe cardiaque. — MM. ROBERT DEBRÉ, M. MIGNON et Mme BERNARD-PICHON projettent toute une série de radiographies d'une pneumonie, banale au point de vue clinique, observée chez un enfant d'un an, mais ayant cette particularité d'avoir intéressé le lobe cardiaque du poumon droit, lobe bien connu des anatomistes, qui est limité à sa partie supérieure par une scissure accessoire émanant de la scissure interlobaire inférieure droite.

Kératose palmo-plantaire. — MM. ROBERT DEBRÉ et DESBUQUOIS présentent une enfant de neuf ans atteinte de kératodermie essentielle congénitale ; il s'agit d'une kératodermie discrète qui n'est pas particulièrement localisée aux régions palmo-plantaires et qui est généralisée. Différents troubles trophiques lui sont associés : onychoses, prédominant aux ongles des mains, déformant considérablement ces ongles et se compliquant de lésions du lit unguéal, trichoses, avec surtout retard du développement et insuffisance du système pileux, kératite bilatérale parenchymateuse d'un type très particulier. L'association à la kératodermie de ces différents troubles trophiques incite à penser à une origine endocrinienne du syndrome.

M. DUHEM conseille de traiter cette enfant par la radiothérapie.

M. HALLÉ croit que l'étude du métabolisme basal et de l'interférométrie pourrait donner quelques indications utiles pour l'étude physiopathologique et le traitement de cette kératodermie si spéciale.

La méningocèle, forme contestée de spina bifida. — M. J. LEVEUF présente 8 observations de méningocèle (7 lombo-sacrées et une cervicale).

La méningocèle est caractérisée par ce fait que la poche du spina bifida qui contient le liquide céphalo-rachidien n'est traversée ni par la moelle, ni par des cordons nerveux ; l'examen histologique montre que la paroi est constituée par de l'arachnoïde épaissie sans présence de tissu médullaire.

Quoi qu'on en ait dit, la méningocèle existe sans contestation possible.

A l'examen clinique, les enfants ne présentent aucune autre malformation, ni aucun signe de déficience nerveuse ; dans certains cas, la méningocèle menace de se rompre : une intervention d'urgence est alors indiquée. L'opération est facile, peu choquante et aucun des 8 opérés n'a succombé des suites de l'intervention.

Au point de vue des résultats éloignés, l'auteur présente des opérés datant de douze ans, six ans et demi, trois ans, etc. Il n'existe chez eux aucune hydrocéphalie, aucun trouble nerveux, aucune paralysie des membres inférieurs ; le développement intellectuel est normal. Dans 3 cas cependant, un examen neurologique approfondi a montré quelques très légers signes d'atteinte nerveuse : petite plage d'hypoesthésie plantaire, abolition d'un réflexe achilléen, abolition du réflexe cutané anal ; cela tient à ce que la moelle, sans faire partie du spina, présente cependant un certain défaut d'évolution (pas d'ascension de la moelle, racines horizontales). Dans un cas d'autopsie, il a été trouvé en un point de la moelle une très légère malformation des cordons postérieurs. Ce sont là des lésions insignifiantes, le pronostic reste favorable dans tous les cas.

Examen anatomique d'un cas de dysostose cranio-faciale. — MM. H. GRENET, J. LEVEUF et P. ISAAC-GEORGES indiquent quelques constatations faites à l'autopsie d'une fillette de vingt et un mois atteinte de dysostose cranio-faciale.

L'examen ophtalmologique ayant montré un aspect de stase papillaire avec teinte atrophique des papilles, une trépanation décompressive fut tentée dans l'espoir d'obtenir peut-être une légère amélioration de la vision. La ponction lombaire et la ponction ventriculaire montrèrent qu'il n'existait ni blocage, ni hypertension intracranienne ; l'enfant succomba à des accidents de décompression.

L'examen anatomique montre une voûte cranienne mince, de nombreuses impressions digitiformes tant sur la voûte que sur la base, l'absence de sutures visibles au niveau de la voûte ; il permet de constater que le canal optique va se rétrécissant d'arrière en avant, d telle sorte que le nerf optique se trouvait étranglé à sa partie antérieure.

Examen anatomique d'un autre cas de dysostose cranio-faciale. — MM. CHEVALLEY et GARCIN rapportent les constatations, assez semblables aux précédentes, qu'ils ont pu faire à l'autopsie d'une enfant atteinte de dysostose cranio-faciale et insistent sur ce fait que les troubles de la vision sont la conséquence d'une atrophie optique par compression nerveuse, ce qui pourrait justifier certaines interventions chirurgicales ayant pour but de libérer les nerfs optiques.

M. LEVEUF indique que l'intervention chirurgicale est facile et qu'elle a d'ailleurs été pratiquée 5 fois en Allemagne.

M. APERT conseille de recourir à cette intervention lorsqu'on constate que le nerf optique commence à s'atrophier.

Calcul vésical chez l'enfant. — MM. A. MARTIN et P. AIMÉ, à l'occasion d'un cas de calcul vésical constaté et opéré chez un enfant, signalent la rareté actuelle des calculs vésicaux chez l'enfant qui étaient autrefois très fréquents à cette période de la vie.

Forme fruste de dyschondroplasie. — MM. LESNÉ, LIÈVRE et LOISEL présentent un enfant de cinq ans dont la morphologie rappelle par beaucoup de points celle d'un sujet atteint d'achondroplasie ; la radiographie systématique du squelette montre des altérations de certains os longs, notamment des métacarpiens, constituées par des encoches en coup d'ongle limitées par des becs saillants. La comparaison de ces images avec celles de cas typiques de dyschondroplasie démontre qu'il s'agit bien de la même affection. La palpation minutieuse des métacarpiens anormaux fait découvrir à leurs extrémités des saillies chondromateuses analogues à celles des chondromes multiples.

Ce cas prouve que la dyschondroplasie est susceptible de réaliser une altération morphologique générale voisine de celle de l'achondroplasie (dont les caractères radiologiques sont différents) et que ses formes frustes, d'un dia-

gnostic délicat, ne seront identifiées que par un examen radiologique minutieux du squelette tout entier.

Plaie du nerf sciatique poplité externe, résultats éloignés. — M. A. MARTIN.

Agranulocytose rapidement mortelle chez une enfant de cinq ans. — MM. G. BLECHMANN et P. BAGOT rapportent l'observation d'une enfant de cinq ans sans antécédents particuliers qui, au huitième jour d'une fièvre ganglionnaire, présenta une anémie extrême et de la fétidité de l'haleine avec ulcérations nécrotiques au niveau de l'amygdale pharyngée ; l'hémoculture révéla la présence d'un streptocoque hémolytique dans le sang. La numération globulaire montra qu'il y avait seulement 2 000, puis 750 globules blancs par millimètre cube avec 10 p. 100 de polynucléaires.

Malgré deux immuno-transfusions, la mort survint au douzième jour.

Le syndrome agranulocytaire décrit par Schultz est exceptionnel chez l'enfant (en France : cas de Dufourt en 1927, de Raillet et Ginsbourg en 1930, de Nobécourt en 1932).

La néphrose lipoïdique familiale, considérations pathogéniques. — M. G. BLECHMANN rapporte la première observation française de néphrose lipoïdique familiale survenue chez deux frères, et chez tous les deux à l'âge de quatre ans.

Le premier a succombé en pleine anasarque après un mois de maladie, la quantité d'albumine urinaire ayant atteint au début le chiffre énorme de 47gr,50 par litre ; le diagnostic n'a pas été porté à ce moment.

Le frère cadet est tombé malade plusieurs années après ; la maladie a évolué d'abord insidieusement, puis le diagnostic a été posé à la suite des examens sanguins ; une évolution rapidement favorable a été obtenue par la cure azotée et thyroïdienne ; il existait des antécédents spécifiques paternels avérés.

Ce cas est à rapprocher de la double observation de néphrose lipoïdique avec issue fatale chez deux frères, ayant débuté à quatorze ans, qu'a publiée Volhard.

D'après G. Blechmann, s'il est indéniable que la néphrose apparaît le plus souvent *à la suite* d'une angine, la prédisposition spéciale aux néphropathies, qu'ont invoquée V. Hutinel et Castaigne, trouve sa preuve absolue dans les observations familiales relatées. Cette prédisposition pose de la façon la plus formelle la question du terrain, mais le *primum movens* de la néphrose est surtout d'ordre extrarénal : il s'agit d'une *méiopragie* créée par le *tréponème* et d'ordre complexe, à la fois *néphro-humorale* et *endocrinienne*.

M. DEBRÉ n'est pas d'accord sur l'origine syphilitique de la néphrose lipoïdique ; il n'a jamais trouvé de stigmates de cette affection dans la néphrose, et la thérapeutique spécifique lui a donné des résultats fâcheux. La néphrose lipoïdique dépend d'un trouble général du métabolisme par lésion d'un système et non d'un organe, ce qui explique parfaitement qu'elle puisse avoir un caractère familial.

M. LESNÉ ne croit pas que l'existence d'antécédents syphilitiques soit suffisante pour affirmer que la syphilis joue un rôle dans la néphrose lipoïdique, où les traitements spécifiques lui ont également paru dangereux ; il existe d'ailleurs presque toujours un élément rénal dans la néphrose, au moins à un moment donné, qui contre-indique tout traitement antisyphilitique.

M. BLECHMANN répète qu'il a parlé de méiopragie où le tréponème peut très bien ne pas avoir un rôle direct ; il a employé comme médicament spécifique le lactate d'hydrargyre qui a toujours été bien supporté et a donné de bons résultats, à condition de l'employer à faibles doses.

M. RIBADEAU-DUMAS considère que le régime est à placer au premier plan dans le traitement de la néphrose lipoïdique et qu'il faut être très prudent en matière de traitement antisyphilitique dans ce cas.

Examen anatomique d'un cas d'obésité dite nerveuse. — MM. H. GRENET et LEVENT ont constaté à l'autopsie d'une jeune fille décédée accidentellement alors qu'elle présentait depuis longtemps une obésité considérée comme nerveuse, des lésions de méningite chronique de la base, un adénome cyanophile de l'hypophyse et des lésions thyroïdiennes semblant en rapport avec l'altération hypophysaire.

Guérison rapide d'un cas d'acrodynie par l'acétylcholine. — M. MOURRUT (de Béziers) montre l'action favorable de l'acétylcholine chez un enfant de vingt-huit mois atteint d'acrodynie.

M. LEREBOULLET insiste sur l'utilité de cette médication dans l'acrodynie, à condition de l'employer à des doses suffisantes.

M. CLÉMENT n'a pas obtenu de résultats notables dans l'acrodynie, ni avec l'acétylcholine longtemps prolongée, ni avec la thérapeutique anti-carence ; par contre, un enfant de quatre ans atteint d'une forme avec sudation importante a été très amélioré par la génésérine.

M. LÉVESQUE croit que l'ancienneté de l'acrodynie intervient ; dans les cas anciens, la plupart des traitements sont sans action nette, alors qu'au contraire on peut obtenir des améliorations au début de la maladie avec plusieurs médications.

M. DUHEM étudie actuellement l'action des rayons ultra-violets sur l'acrodynie, où il en a obtenu quelques résultats encourageants.

ANDRÉ BOHN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 juin 1934.

Contribution à l'étude de la pathologie vasculaire de la couche optique. A propos de l'irrigation sanguine du relais thalamique du système de la sensibilité de la face. Disposition vasculaire au niveau du noyau semi-lunaire de Flechsig et du centre médian de Luys. — MM. J. NICOLESCO et T. HORNET montrent que le noyau semi-lunaire de Flechsig et la partie externe du centre médian de Luys (*relais de la voie sensitive de la face*) constituent un territoire particulier de la région thalamique, situé entre les branches vasculaires du pédicule thalamo-genouillé et celles du pédicule thalamo-perforé de l'artère cérébrale postérieure.

Sciatique de double origine. Eclat d'obus de la fesse et tumeur extradurale de la queue de cheval. — M. COSSA (de Nice) rapporte le cas d'un malade atteint de sciatique rebelle. On extirpa un éclat d'obus, qui se trouvait au contact du nerf sciatique. Mais cette intervention ne fut

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

suivie d'aucune amélioration. L'épreuve du lipiodol montra que l'huile iodée s'arrêtait en S^1, tout en prenant la forme normale en balle de fusil. Une nouvelle opération chirurgicale, pratiquée par le Dr Grinda, permit de découvrir et d'extirper une tumeur extradurale implantée sur le disque L^5-S^1.

Sur une nouvelle conception du neurone. — M. VON MAYENDORFF a observé trois cas de ramollissements de la partie postérieure du lobe occipital, dont il a suivi les dégénérescences secondaires jusque dans les nerfs optiques, malgré l'intégrité des centres sous-corticaux. Ces faits, d'après l'auteur, obligent à reviser complètement toute la théorie classique du neurone.

Polynévrite après sérothérapie antitétanique curative avec participation du névraxe et des méninges (observation anatomo-clinique). — MM. H. ROGER, Y. POURSINES et M. RECORDIER rapportent l'observation d'un malade qui, après un tétanos guéri par une sérothérapie intensive, présenta une quadriplégie intense et rapide du type polynévritique, mais avec rétention d'urine, paralysies craniennes et syndrome d'hypertension intracranienne (sans réaction albumino-cytologique).

L'autopsie montra, outre une hydrocéphalie ventriculaire, des lésions de vaso-dilatation artério-capillaire et de petites hémorragies des nerfs, des racines, des ganglions, de la leptoméninge et même de la moelle, du pédoncule et de l'écorce. Les lésions les plus anciennes siègent dans les nerfs et dans les racines.

Aphasie motrice pure, simili-anarthrie, rééduquée sans aucun redressement des coordinations articulaires, par simple sommation de la mémoire des sons. — M. J. FROMENT et Mlle ANDRÉE FEYEUX présentent une malade atteinte d'aphasie motrice pure qui faisait figure d'anarthrie totale. Cette malade, qui fut rééduquée uniquement par l'oreille, donne indiscutablement, après coup, toute une série de preuves du déficit de sa mémoire des sons. C'est certainement ce déficit qui réalisait la simili-anarthrie. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire, dans les aphasies, la part des *troubles du langage par carence phonologique* au lieu d'incriminer toujours, systématiquement, la motricité d'articulation. Si on ne le fait pas, on se prive d'un procédé de rééducation qui fut, ici, remarquablement efficace, et sur lequel, il y a vingt ans, MM. J. FROMENT et O. MONOD ont attiré l'attention : rééducation de l'aphasie motrice et même de la prétendue anarthrie par réveil de la mémoire des sons.

Dissociation corticale des mouvements du pied par méningiome de la faux du cerveau. Abolition de la motilité volontaire avec conservation du jeu de toutes les motilités réflexes et automatiques. — MM. J. FROMENT, R. LERICHE et ROGER FROMENT présentent un film de paralysie corticale du pied par méningiome de la faux du cerveau, qui réalise une dissociation très fine de la motilité du pied et des orteils. La motilité volontaire était seule abolie, tandis que subsistaient tous les mouvements réflexes, y compris ceux que provoque la réflectivité statique (station à cloche-pied et phénomène de la poussée). Alors que tous les mouvements volontaires du pied et des orteils étaient abolis, ceux que mettait en jeu l'automatisme de marche subsistaient indemnes. Une dissociation aussi fine ne doit être possible que dans les lésions corticales très limitées et peu profondes.

Compression dorso-lombaire par télangiectasie veineuse pie-mérienne. Curiethérapie. — MM. HENRI ROGER, MARCEL ARNAUD et JOSEPH ALLIEZ (de Marseille) présentent l'observation d'un malade atteint d'algies sciatiques qui évoluent par poussées, avec abolition d'un seul réflexe achilléen, troubles sphinctériens discrets. On constate, chez ce malade, un syndrome de Frouin avec blocage complet du liquide céphalo-rachidien : arrêt du lipiodol au niveau du L^1-L^2. L'intervention montra de volumineuses varices médullaires, tortueuses, pelotonnées en un véritable plexus. Dans l'impossibilité d'extirper pareille formation vasculaire, on eut recours à la curiethérapie, qui fit disparaître le syndrome subjectif, et qui permit la reprise du travail. Le syndrome humoral persiste trois ans après.

L'apparition récente de paresthésies des membres supérieurs fait craindre une extension du processus à la région cervicale.

Syncinésies symétriques au cours de la stupeur. — M. MISKOLEZZ (de Szeged) rapporte l'observation d'une jeune femme de dix-huit ans, qui, à la suite de crises d'éclampsie, accoucha d'un enfant mort-né, puis fut atteinte de confusion mentale post-puerpérale, avec fièvre à 39°,9, grosse albuminurie, mutisme, négativisme, flexibilité cireuse, catatonie, gâtisme. Les syncinésies symétriques se produisaient quand on communiquait un mouvement passif ou une attitude à un membre. La malade guérit ultérieurement.

Variations des réflexes sous l'influence de la dilatation aiguë du cœur. — M. BOISSEAU (de Nice) rapporte l'observation d'une malade atteinte de contracture hémiplégique avec exagération des réflexes, trépidation épileptoïde et signe de Babinski. A la suite d'une émotion, cette malade fit une crise de dilatation cardiaque aiguë avec coma. Au déclin de cette période de coma, tous les signes de spasmodicité s'évanouirent, pour réapparaître dès que la malade eut repris complètement conscience. Le même fait se reproduisit une deuxième fois avant la mort de la malade.

Les troubles respiratoires dans les tumeurs cérébrales. — MM. NÉRI et DAGNINI (de Bologne) ont étudié les troubles respiratoires, à l'aide du pneumographe et du polygraphe, chez une grand nombre de malades des services de MM. de Martel et Cl. Vincent. Les troubles (hoquet permanent ou en crises paroxystiques, soupirs, bâillements, respiration périodique) sont rares dans les tumeurs situées au-dessus de la tente du cervelet ; elles sont fréquentes, au contraire, dans les tumeurs situées au-dessous de la tente du cervelet. Il faut signaler particulièrement la fréquence relative du rythme de Cheynes-Stokes dans les tumeurs de la région infundibulaire.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 12 avril 1934.

La réaction de Schick chez les Alsaciens. — MM. FEUILLIÉ, BLANCARDI et THIEY ont constaté sur plus de 3 000 recrues un taux de réactions négatives de 53,2 p. 100 chez les Alsaciens et de 25,9 p. 100 seulement chez les non-Alsaciens ; cette variation du simple au double peut s'expliquer par une immunisation spontanée occulte,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

la région rhénane étant un foyer endémo-épidémique de diphtérie.

Abcès de la rate à bacille paratyphique A. — MM. V. DE LAVERGNE et ACCOVER ont observé, chez un sujet vacciné antérieurement, une infection à bacille paratyphique A de forme atténuée, au cours de laquelle apparut précocement dans le parenchyme splénique un abcès de petite taille qui se résorba spontanément. Ils rappellent que les bacilles du groupe typhique ne deviennent pyogènes que si l'organisme est capable de leur opposer une réaction phagocytaire d'intensité suffisante et dans certaines conditions favorables à leur multiplication. Dans le cas particulier, l'immunité relative d'origine vaccinale expliquerait la précocité et la limitation de la suppuration.

Septicémie à bacille de Gärtner avec localisation hépato-biliaire. — MM. V. DE LAVERGNE et ACCOVER ont observé une septicémie à bacille de Gärtner de courte durée, avec hémoculture positive, ayant déterminé une angio-cholécystite catarrhale et un ictère par rétention non dissocié. Bien que le germe isolé par l'hémoculture possédât vis-à-vis du lapin un pouvoir agglutinogène normal, le sérum du malade ne l'agglutina jamais qu'à un taux faible (1/20) et resta sans action sur les souches de collection.

Un cas de typhlite amibienne aiguë. — M. SEREY a observé, chez un enfant de dix ans, au cours d'une rougeole, un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite qui fit hésiter d'abord entre une invagination intestinale et une appendicite subaiguë : un examen des selles pratiqué après la crise révèle des kystes dysentériques (l'enfant est né en Syrie) et fait conclure à une typhlite amibienne aiguë. Il faut penser à la possibilité de cette affection chez les sujets suspects de dysenterie, afin d'écarter l'opération ou d'instituer le traitement médical antidysentérique.

A propos des fausses appendicites : les adénopathies mésentériques. — MM. DU BOURGUET et ROQUIGNY rapportent plusieurs observations d'enfants opérés soit pour appendicite aiguë, soit pour appendicite chronique, chez qui il n'existait qu'une abondante adénopathie mésentérique dont l'étiologie n'a pu s'expliquer ni par les examens de sang, ni par les examens histologiques de ces ganglions et de l'appendice. Les auteurs passent en revue les causes possibles d'adénopathie mésentérique et concluent à la nécessité du prélèvement ganglionnaire en vue de préciser cette étiologie et en particulier d'éliminer la tuberculose.

A propos des fausses appendicites : les malformations de la région iléo-cæcale. — M. DU BOURGUET trouve chez un sujet opéré avec le diagnostic d'appendicite chronique un cæcum en position rétro-colique : il passe en revue à propos de ce cas les malformations de la région iléo-cæcale, les vices de position du cæcum et de l'appendice liés soit au développement anormal du bourgeon cæcal, soit à des anomalies dans les accolements secondaires. Ces malformations simulent quelquefois l'appendicite et sont souvent la raison de la symptomatologie protéiforme de cette affection. DIDIER.

NOUVELLES

Luchon. Syndicat général des oto-rhino-laryngologistes français. — La réunion du Conseil du Syndicat des oto-rhino-laryngologistes français s'est tenue à Toulouse et s'est terminée à Luchon et Saint-Bertrand de Comminges. Reçus à la Faculté par le nouveau doyen, M. le professeur Bardier, qui leur a souhaité la bienvenue en termes à la fois empreints d'une charmante simplicité et d'une belle élévation de pensée, les membres du Syndicat ont, alors, abordé leur ordre du jour, qui ne comportait pas moins de 17 points divers. Quinze d'entre eux furent traités à fond.

Le lendemain, conduits gar M. Laval de Toulouse, le Corps médical de Luchon recevait à l'Établissement thermal nos camarades du Conseil du Syndicat général des oto-rhino-laryngologistes, et dans le bureau du directeur, le professeur Molinéry, il leur était adressé, par le Dr Pelon, une allocution non seulement marquée au coin de la tradition de courtoisie qui est coutumière à notre station, mais encore d'un point de vue scientifique très accusé.

Après la visite des Etablissements thermaux et du radio-vaporarium sulfuré, que nos confrères ont déclaré être rigoureusement unique en France et dans le monde, les membres du Syndicat ont gagné Saint-Bertrand de Comminges où tous ont admiré, avec la cathédrale, les magnifiques restes romains et médiévaux qu'abrite ce site enchanteur où plusieurs villes se succédèrent, où, enfin, 50 000 habitants vécurent un jour ensemble, alors que, par un fait qui reste encore à expliquer, il en est à peine 500 aujourd'hui.

Toujours suivant la tradition, un déjeuner des plus confraternels termina la matinée et on avait, ainsi, joint l'utile à l'agréable.

Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Voici le résultat des concours de prix pour l'année scolaire 1933-1934, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médecine. — Prix de la Faculté. 1re année : non décerné. — 2e année : prix, M. Rouanet ; mention très honorable, M. Durieux ; mention honorable, MM. Flottes, Collomb. — 3e année : prix, M. Benelli ; mentions honorables, MM. Martin, Marty. — 4e année prix, M. Dubernat ; mention très honorable, M. Duverget; mention honorable, MM. Viaud, Chamrault. — 5e année : prix, M. Moreau ; mention honorable, MM Labarthe, Laurent.

Prix Bordier : prix, M. Lespinasse

Vers un club hippique des professions médicales. — Parmi les praticiens et étudiants des diverses branches de la grande famille médicale (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires, sages-femmes), beaucoup s'adonnent au noble sport de l'équitation.

Mais ils sont disséminés, et ne se connaissent qu'au hasard de circonstances fortuites.

Un certain nombre de ces gens de cheval ont pensé qu'il serait agréable de créer un groupement sympathique, entre membres de professions sœurs, ayant les mêmes goûts.

Ils font donc appel à tous les confrères qui partagent leur avis et peuvent leur donner tous renseignements utiles sur ce qui suit :

NOUVELLES *(Suite)*

1° Existe-t-il déjà dans le monde médical, un groupement analogue ? auquel cas, la création projetée faisant double emploi et devenant inutile, les promoteurs de l'idée s'y rallieraient dès maintenant ;

2° Dans le cas contraire, prière à tous ceux ou celles que cela intéresserait, de bien vouloir envoyer communications et suggestions en vue d'une réunion consultative qui aura lieu ultérieurement sur convocation personnelle. Aye, Dr Clary, Gambelon, de Hogues, Hulin, Pagnien.

Adresser toute correspondance à M. C. de Hogues, 16, rue de la Croix-Faubin, Paris (11e).

Congrès panaméricain de la tuberculose à Montevideo. — Du 16 au 19 décembre 1934 aura lieu à Montevideo le IIIe Congrès panaméricain de la tuberculose. Les questions abordées porteront : 1° sur le terrain médico-social : « Bases économiques de la lutte antituberculeuse pour l'Amérique du Sud », sujet qui sera traité en quatre conférences successivement par l'Argentine, le Brésil, le Chiliet l'Uruguya. 2° De plus, quatre thèmes généraux seront exposés à raison d'un par délégation.

Argentine : Pathogénie et traitement de la pleurésie purulente tuberculeuse.

Brésil : Hémo-collapsothérapie médico-chirurgicale de la tuberculose pulmonaire.

Chili : Critique de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire au Chili.

Uruguay : Aspect radiologique le plus fréquemment rencontré de la tuberculose pulmonaire en Urguyay.

Chaque pays aura de plus le droit de faire un exposé supplémentaire sur ces quatre thèmes.

A ce Congrès se rendront les savants et les cliniciens spécialisés en tuberculose ainsi que des médecins espagnols, français et italiens qui seront invités.

XXIe Congrès d'hygiène, Paris (22, 23 et 24 octobre 1934). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un congrès d'hygiène.

Ce congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. Louis Marin, ministre de la Santé publique ; il tiendra séances les lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 octobre 1934, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Paul Lemoine, directeur du Muséum nationa d'histoire naturelle, président de la Société pour 1934.

Rapports. — I. *La question de l'eau aux points de vue géologique, bactériologique, chimique et génie sanitaire.* II. *Les phénomènes météorologiques et cosmiques au point de vue de la santé publique.*

Conférence. — MM. R. Taylor, Lisbonne et J. Vidal : *Le centre de recherches sur la fièvre ondulante. Organisation. Fonctionnement, résultats obtenus* (1930-1933). Cette conférence sera suivie d'une discussion sur la question de la fièvre ondulante en France.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 15 juillet 1934, à l'adresse du secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15e).

Clinique gynécologique. (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. J.-L. Faure). — Un cours de vacances de gynécologie aura lieu sous la direction de M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques ; M. Roquejeoffre et Mlle Bizou, chefs de clinique, du 17 au 29 septembre 1934.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà des notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines ; chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, application de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'Amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 29 septembre 1934.

Programme : 1. Diagnostic gynécologique. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Injection de lipiodol. — 2. Stérilité utérine et tubaire. Insufflations tubaires. Opérations pour stérilité. — 3. Antéflexion. Rétroversion. Pessaires. Ligamentopexie. Latéro-déviation et grossesse angulaire. — 4. Déchirure périnéale. Prolapsus génital. Périnéorraphie. Opération combinée. Prolapsus sénile. Cloisonnement du vagin. — 5. Métrite du col. Filhos. Electrocoagulation. Amputation du col. Métrite du corps. Instillation. Curettage. — 6. Salpingites Vaccination. Hystérectomie subtotale. Pelvipéritonite. Colpotomie. — 7. Salpingite tuberculeuse. Grossesse extra-utérine. Transfusion. — 8. Avortements et accidents consécutifs. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale. — 9. Ovarite scléro-kystique. Kystes de l'ovaire et complications. Tumeurs solides de l'ovaire. — 10. Fibromes. Radium et rayons X. Myomectomie. — 11. Cancer du corps. Biopsie endo-utérine et lipiodol. Hystérectomie totale. Cancer du sein. — 12. Cancer du col. Curiethérapie. Hystérectomie totale large. Mikulicz.

Le droit à verser est de 250 francs.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE APPLIQUÉE A LA GYNÉCOLOGIE. — M. Bulliard, agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 17 au 29 septembre 1934.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 8 heures et l'après-midi de 2 h. 30 à 5 heures.

Programme : 1. Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes. — 2. Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique. — 3. Inflammations et ulcérations. Ovarites. — 4. Tumeurs bénignes. Adénomes. — 5. Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine. *Diagnostic biologique de la grossesse par l'examen des urines.* — 6. Métrites et salpingites aiguës et chroniques. — 7. Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires. — 8. Kystes de l'ovaire. Papillomes. — 9. Fibromes et sarcomes. Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang. — 10. Cancers du corps et

NOUVELLES *(Suite)*

autres cancers génitaux. — 11. Cancers du col. — 12. Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique. (Hôpital des Enfants-Malades). — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 17 septembre au 2 octobre, avec le concours de M. Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant, de M. Hue, assistant d'othopédie, de M. Saint Girons, chef de laboratoire, de MM. Aurousseau, Garnier, anciens chefs de clinique ; de MM. Armingeat et Bertrand, chefs de clinique.

17 septembre, 11 heures. Sténoses du pylore : M. Fèvre. 17 heures. Syndrome orchite aiguë chez l'enfant : M. Garnier. — 18 septembre, 11 heures. Les tumeurs blanches : M. Armingeat. 17 heures. La vaccination en chirurgie infantile : M. Saint Girons. — 19 septembre, 11 heures. Fractures chez l'enfant : M. Bertrand. 17 heures. Péritonites à pneumocoques : M. Aurousseau — 20 septembre, 11 heures. Invagination intestinale : M. Fèvre. 17 heures. Coxalgie chez l'enfant : M. Garnier. — 21 septembre, 11 heures. Méthodes de laboratoire pour le diagnostic des ostéites : M. Saint Girons. — 22 septembre, 11 heures. Mal de Pott chez l'enfant : M. Bertrand. 17 heures. Hypospadias : M. Garnier. — 24 septembre, 11 heures. Becs-de-lièvre : M. Fèvre, 17 heures. Fractures du coude : M. Aurousseau. — 25 septembre, 11 heures. Ostéomyélite : M. Armingeat, 17 heures. Hernies chez l'enfant : M. Bertrand.

26 septembre, 11 heures. Tumeur du rein chez l'enfant : M. Aurousseau. 17 heures. Appendicite chez l'enfant : M. Armingeat. — 27 septembre, 11 heures. Pleurésies purulentes chez l'enfant : M. Saint Girons. 17 heures. Accidents du diverticule de Meckel : M. Fèvre. — 28 septembre, 11 heures. Ectopie testiculaire : M. Bertrand. 17 heures. Kystes et tumeurs des os chez l'enfant : M. Garnier. — 29 septembre, 11 heures. Scoliose (leçon théorique) : M. Hue. 17 heures. Scoliose (leçon pratique) : M. Hue. — 1er octobre, 11 heures. Luxation congénitale de la hanche (leçon théorique) : M. Hue, 17 heures. Luxation congénitale de la hanche (leçon pratique) : M. Hue. — 2 octobre, 11 heures. Les ostéoplasties en chirurgie infantile : M. le professeur Ombrédanne.

Tous les matins, à 9 h. 30 : présentation de malades au pavillon Molland ; visite dans les salles ; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Lse bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le cours n'aura lieu que si le nombre des auditeurs est supérieur à dix.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (Professeur : M. Brindeau). — Un cours de vacances de pratique obstétricale sera fait du 17 au 29 septembre par MM. les Drs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé, Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Suzor, Bompart, Bidoire, anciens chefs de clinique ; Adrien-Marc Weill, chef de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Ce cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 septembre 1934 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme. — Lundi 17 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 . Consultations des nourrissons ; 18 heures : Signes et diagnostic de la grossesse au début (Bidoire). — Mardi 18 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le professeur Brindeau ; 17 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Indications du forceps. Forceps sur le sommet (Lantuéjoul). — Mercredi 19 septembre, 9 h. 30 : Consultation des femmes enceintes; Policlinique ; 10 h. 30 : Consultation des nourrissons ; 17 heures : Présentation de malades : 18 heures : La présentation du front (A.-M. Weill). — Jeudi 20 septembre, 9 h. 30 : Leçon par M. Metzger, agrégé ; 10 h. 30 : Gynécologie : opérations et consultations ; 16 heures : Visite du musée ; 18 heures : Fibrome et grossesse (Bompart). — Vendredi 21 septembre, 9 h. 30 : Consultations des femmes enceintes ; 17 heures : Présentation de malades ; 18 heures : L'extraction du siège (Suzor). — Samedi 22 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le professeur Brindeau ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures Conduite à tenir dans la délivrance normale et pathologique (De Peretti). — Lundi 24 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Consultation des nourrissons ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures : La présentation de l'épaule et son traitement (A.-M. Weill). — Mardi 25 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 30 : Leçon par le professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques du forceps ; 18 heures : Traitement de l'éclampsie (Bidoire). — Mercredi 26 septembre, 9 h. 30 : Consultation des femmes enceintes (policlinique) ; 10 h. 30 Leçon par M. Chevalier, agrégé, dans son service à l'hôpi-

NOUVELLES *(Suite)*

tal Cochin ; 16 heures : Exercice pratique du forceps ; 18 heures : Le placenta prævia (A.-M. Weill). — Jeudi 27 septembre, 9 h. 30 : Gynécologie : opérations et consultations ; 16 heures : Exercice pratique : La version par manœuvres internes ; 18 heures : Des complications au cours de la grossesse gémellaire (Lantuéjoul). — Vendredi 28 septembre, 9 h. 30 : Présentation de malades (Maternité de l'hôpital Bretonneau. Service de Marcel Metzger, agrégé) ; 16 heures : Exercices pratiques : L'extraction du siège ; 18 heures : Tuberculose et grossesse (Desoubry). — Samedi 29 septembre, 9 h. 30 : Examen des femmes enceintes ; 10 h. 30 : Leçon par le professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques : L'embryotomie céphalique ; 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis (Vaudescal).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres et dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau ; professeur : M. LÉON BERNARD. — Un cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques aura lieu du 24 septembre au 6 octobre ; il comprendra des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

Programme. — 1. Le début de la tuberculose pulmonaire. 2. Les tuberculoses miliaires chroniques, dites « granulies froides ». 3. Les affections à ultra-virus tuberculeux. 4. Erythème noueux et tuberculose. 5. Démence précoce et tuberculose. 6. Les éléments du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. 7. Le diagnostic radiologique de la tuberculose du nourrisson. 8. La bronchoscopie, moyen de diagnostic et de traitement. 9. Le pneumothorax artificiel bilatéral. 10. Les sections de brides au cours du pneumothorax artificiel 11. Les indications et les résultats de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. 12. Cures climatiques et cure sanatoriale de la tuberculose pulmonaire. 13. La phrénicectomie. Indications, technique et résultats. 14. La chirurgie plastique de la tuberculose pulmonaire. 15. La prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson.

Les travaux pratiques auront lieu, à la clinique, de 10 heures à midi. Les leçons auront lieu, à la salle des conférences de la clinique, chaque jour, à 17 heures. — Le cours commencera le 24 septembre, à la clinique, à 19 heures.

A la suite du cours, une série de leçons et exercices pratiques sur les sections de brides sera donnée à la clinique par MM. Brissaud, Coulaud et Triboulet, du 8 au 13 octobre.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. — Droit d'inscription : 200 francs pour le cours. — 300 francs pour le cours et l'enseignement consécutif sur les sections de brides.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

26 AOUT. — IIIe Voyage Pyrénées-Océan.

27 AOUT. — Départ du Voyage « La Passion à Oberammergau ».

27 AOUT. — *Québec.* Congrès français de médecine.

27 AOUT. — *Paris.* Clinique obstétricale Baudelocque. Ouverture d'un cours de vacances, par M. LACOMME.

2 SEPTEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours des prix de l'Externat.

3 au 5 SEPTEMBRE. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 SEPTEMBRE. — *Venise.* Congrès international d'électro-radio-biologie.

10 SEPTEMBRE. — *Alger.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un chirurgien adjoint de l'hôpital d'Aïn-Temouchen.

12 SEPTEMBRE. — Départ de la croisière de la Méditerranée.

15 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

16 SEPTEMBRE. — *Besançon.* Ouverture du cours de vacances d'anatomie.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broca. Ouverture d'un cours de vacances de gynécologie, par M. E. DOUAY.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Ouverture d'un cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique par M. le professeur OMBRÉDANNE.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier, professeur M. BRINDEAU.

17 SEPTEMBRE. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine de Tours.

REVUE DES CONGRÈS

COMPTE RENDU DU VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Paris, 9, 10 et 11 juillet 1934.

Le VIIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie s'est tenu à Paris, les 9, 10 et 11 juillet, sous la présidence du professeur Ombrédanne.

La séance inaugurale eut lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après une brève séance administrative consacrée à la lecture des rapports du professeur agrégé Cathala, secrétaire général, et du Dr Fèvre, trésorier, et au cours de laquelle il fut décidé que le prochain Congrès se tiendrait en 1936 à Bordeaux, sous la présidence du Dr Rocaz, le professeur Ombrédanne prit la parole pour prononcer le discours d'ouverture.

Il souhaita la bienvenue à tous les congressistes, et en particulier à ceux venus de province ou de l'étranger ; il exprima ensuite les regrets du recteur et du doyen, empêchés d'assister à cette séance. Aussitôt après, il donna la parole à MM. Paisseau et Valtis pour l'exposé de leur rapport.

PREMIÈRE QUESTION.

Le rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie infantile.

RAPPORT PAR MM. PAISSEAU ET VALTIS.

Les rapporteurs rappellent la notion du virus tuberculeux filtrable établie par les travaux de Fontès, Vaudremer et Hauduroy, Calmette et ses collaborateurs, Arloing et Dufourt, Sergent et Durand, ainsi que les moyens de sa recherche par la tuberculose atypique du cobaye et la méthode de Nègre, Valtis et Van Deinse par les injections d'extrait acétonique de bacille tuberculeux aux animaux inoculés.

L'intérêt de ces notions pour la pathologie apparut lorsque Calmette, Nègre, Boquet et Valtis, Arloing et Dufourt, Couvelaire, Calmette, Lacomme et Valtis firent la preuve de la présence de filtrats tuberculeux dans les organes de nouveau-nés sains, issus de mères tuberculeuses, chez le cobaye et chez l'homme. Les auteurs ont obtenu des résultats analogues par inoculations de produits pathologiques humains non filtrés. Ainsi se trouvait posée la double question de l'hérédité tuberculeuse et celle du rôle éventuel du virus filtrable en pathologie.

Les auteurs exposent la question du rôle du virus filtrable dans l'hérédité tuberculeuse et de sa fréquence, en insistant sur cette conclusion que ces notions nouvelles ne doivent modifier en rien les mesures actuellement appliquées à la protection des enfants sains issus de mères tuberculeuses contre la contagion maternelle et familiale qui reste le facteur essentiel des contaminations graves. La recherche comparative de réactions allergiques comparées à la tuberculine et aux filtrats tuberculeux montre qu'il peut se produire, dans un petit nombre de cas, une dissociation entre les réactions à la tuberculine et au filtrat tuberculeux et qu'il peut être possible de les utiliser pour distinguer certaines formes de tuberculose inflammatoire dans lesquelles le virus tuberculeux filtrable pourrait jouer un rôle important.

Les inoculations de liquides ou produits organiques divers, dans un certain nombre d'états pathologiques, dont les relations avec la tuberculose ont été admises ou soupçonnées cliniquement : notamment polyarthrites rhumatismales aiguës ou chroniques, néphrites et néphroses lipoïdiques, épisodes méningés curables, spléno-pneumonies, purpuras, obtenus chez l'enfant comme chez l'adulte par de nombreux auteurs, montrent qu'on peut isoler, dans ces conditions, des bacilles acido-résistants présentant la plupart des caractères des éléments issus du virus filtrable.

Il convient, dans ces conditions, de discuter la nature exacte des bacilles rencontrés dans ces diverses observations et le rôle pathogène exact qu'il y a lieu de leur attribuer.

Dans un certain nombre d'observations, les bacilles isolés par l'inoculation, souvent contrôlée par l'ensemencement, présentaient la plupart des caractères des bacilles tuberculeux issus du virus filtrable. Dans quelques-unes, moins complètes, l'assimilation du virus filtrable pouvait seulement être considérée comme probable.

En effet, d'une part les produits pathologiques ou les liquides organiques inoculés au cobaye non traité par l'extrait acétonique ont donné la tuberculose atypique que l'on attribue aujourd'hui aux éléments filtrables du bacille de Koch ; d'autre part, chez le cobaye traité par l'extrait acétonique, on peut isoler des bacilles à caractères spéciaux rappelant ceux que Nègre, Valtis et Van Deinse ont isolés chez des animaux inoculés par le filtrat tuberculeux et traités avec l'extrait acétonique de bacilles tuberculeux.

Au point de vue bactériologique, il n'est pas douteux qu'il s'agissait, dans ces cas, de bacilles tuberculeux en virulence atténuée. En effet, on ne peut admettre l'existence d'une tuberculose paucibacillaire, car, étant donné que, dans certains cas, on trouve dans les ganglions des cobayes des bacilles acido-résistants en grand nombre, on devait provoquer, aux passages ultérieurs, une infection classique, type Villemin. De même, il serait illogique de penser qu'il s'agissait dans nos observations de bacilles paratuberculeux. Le fait qu'après un certain nombre de passages successifs chez le cobaye ou qu'après le traitement par l'extrait acétonique on arrive parfois à faire récupérer à ce bacille le pouvoir tuberculigène et à le rendre cultivable plaide en faveur d'un vrai bacille tuberculeux, mais doué d'une virulence très atténuée.

Toutes ces propriétés, tant biologiques que culturales, des bacilles trouvés et qui ressemblent de très près aux propriétés des bacilles issus de l'ultra-virus tuberculeux, autorisent à conclure dans ces cas à l'action pathogène des éléments filtrables du bacille tuberculeux.

Au point de vue clinique, il convient, tout d'abord, de ne pas perdre de vue qu'il existait, dans la conception de l'infection tuberculeuse, un certain nombre de lacunes. On connaît beaucoup d'états pathologiques dont les relations avec la tuberculose paraissent certaines pour les uns, très vraisemblables pour les autres. Cependant, on ne retrouve pas, dans ces affections, de lésions anatomo-pathologiques qui permettent de les faire rentrer dans le cadre de la tuberculose, et les

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

recherches bactériologiques ne fournissaient pas de renseignements plus précis,

Or, il est digne de remarque que les faits rapportés et un certain nombre des observations déjà publiées concernent justement ces tuberculoses dites inflammatoires dont les relations avec la tuberculose ont été mises en cause surtout depuis Poncet.

On doit se demander ici si la présence de bacilles acido-résistants est bien une preuve de la nature tuberculeuse des états pathologiques au cours desquels ils ont été isolés, et permet de conclure au rôle pathogène desdits éléments filtrables du bacille tuberculeux.

Il est nécessaire de poser cette question à la suite des récents travaux qui, tout en confirmant la présence des bacilles acido-résistants dans des états pathologiques multiples, tendraient à faire considérer même le bacille tuberculeux acido-résistant adulte comme un germe ubiquitaire.

Les auteurs opposent à cette hypothèse les résultats des intradermo-réactions comparées à la tuberculine et au filtrat, d'après lesquelles ils out pu constater que, dans la majeure partie des cas où ils ont décelé la présence du virus filtrable, les sujets réagissaient au filtrat et non à la tuberculine, ce qui paraît indiquer un certain rôle spécifique des éléments filtrables du bacille de Koch dans la pathogénie de ces observations.

En l'état actuel de la question, il ne paraît donc plus discutable qu'il ressort des applications faites à la clinique de la recherche de la tuberculose atypique que la technique du diagnostic de la tuberculose par l'inoculation au cobaye doit être revisée. En effet, dorénavant, on n'a plus le droit de conclure de l'absence de lésions classiques chez l'animal à l'absence de bacilles tuberculeux dans le produit inoculé.

La recherche de la forme atypique de l'infection tuberculeuse du cobaye décrite par Calmette et Valtis, ainsi que le traitement des animaux inoculés avec des produits suspects par l'extrait acétonique, doivent compléter la technique de l'inoculatiou au cobaye pour légitimer les conclusions à tirer.

DISCUSSION.

Le professeur NOBÉCOURT, avec la collaboration de MM. GOUYEN et DUCAS, étudie, sur une statistique de 47 cas, les relations possibles entre la tuberculose et la maladie de Bouillaud. Chez l'enfant, dans 21 cas, soit 44,6 p. 100, il trouve la cuti-réaction négative à la tuberculine. Chez aucun sujet, il n'observe de signes cliniques de tuberculose en évolution. Il en conclut que le rhumatisme articulaire aigu, la maladie de Bouillaud, conserve son autonomie, et que la tuberculose offre des variétés cliniques nombreuses, parmi lesquelles, rarement d'ailleurs, la forme articulaire décrite par Poncet.

Le Dr WEILL-HALLÉ note une discordance entre la nocivité de l'ultra-virus soutenue par quelqnes auteurs avec ses conséquences pratiques, s'opposant à la bénignité constante de l'inoculation de l'ultra-virus au cobaye pourtant si sensible, en contradiction également avec le rôle qu'on tend à lui attribuer dans les morts inexpliquées des nourrissons. Il demande que soit précisée la dose permettant l'intradermo-réaction valable pour caractériser la présence de l'ultra-virus.

M. CASSOUTE (de Marseille) rapporte deux cas de tuberculose congénitale du nourrisson. Il s'agissait, dans les deux cas, d'enfants issus de mère saine et de père tuberculeux, abandonnés dès leur naissance et élevés à l'hospice des Enfants-Assistés de Marseille, à l'abri de tout contage tuberculeux. Dans les deux cas se développa une tuberculose typique, à évolution mortelle dans l'un d'eux. Ces deux observations posent, à ses yeux, le problème de la transmission transplacentaire de la tuberculose.

M. CATHALA pense que le rapport de MM. Paisseau et Valtis peut être scindé en deux parties. Il ne discute pas les recherches bactériologiques qui lui paraissent du plus haut intérêt, mais il se demande si l'ultra-virus tuberculeux est bien responsable des accidents qu'on lui attribue en clinique humaine. Ce germe est, en effet, peu virulent pour le cobaye et on n'a jamais pu reproduire expérimentalement avec lui des accidents tels qu'une néphrite, un érythème noueux, etc., à l'origine desquels on lui fait jouer un rôle en clinique. Il lui paraîtrait souhaitable de voir remplir cette condition expérimentale avant d'admettre sans réserve le rôle pathogène de l'ultra-virus.

M. LELONG rappelle les recherches qu'il a poursuivies avec M. Debré sur l'enfant issu de parents tuberculeux. Il se demande quelle est la valeur exacte des bacilles acido-résistants trouvés dans les ganglions lymphatiques de ces enfants après leur mort, et si un aspect morphologique peut suffire à identifier un germe microbien. Il rappelle, d'autre part, que la plupart des « morts inexpliquées » survenant chez des enfants issus de parents tuberculeux doivent être attribuées à des causes matérielles et ne sont en rien liées à la tuberculose. Enfin, il a toujours pu mettre en évidence une contagion chez les enfants séparés de leurs parents tuberculeux dès la naissance et frappés eux-mêmes plus tard par la maladie.

M. LEVESQUE rappelle que les rapports de l'érythème noueux, des néphrites, du rhumatisme, du purpura avec la tuberculose sont, depuis longtemps, soupçonnés par les cliniciens. Il ne lui semble donc pas que l'ultra-virus ait apporté de faits nouveaux dans ces cas, et il lui aurait paru plus intéressant de poursuivre les recherches dans d'autres maladies d'origine encore indéterminée.

M. TAILLENS partage les points de vue exprimés par MM. Cathala et Levesque. Les recherches bactériologiques de M. Valtis sont du plus haut intérêt, mais ne lui semblent pas avoir grande portée pratique.

M. PICHON insiste sur la nécessité de préciser la terminologie : il lui semble préférable de parler de virus filtrable et non de virus filtrant ; il faut, d'autre part, réserver le terme de tuberculose héréditaire à celles qui sont transmises par le germe lui-même, et parler dans les autres cas de tuberculose congénitale.

M. PAISSEAU s'accorde avec M. Nobécourt pour reconnaître que les cas de maladie de Bouillaud en relation avec la tuberculose ne sont encore que des cas exceptionnels, les constatations positives faites chez certains rhumatisants étant loin d'avoir la même valeur, notamment lorsqu'il s'agit de bacillémies.

Il répond à M. Weill-Hallé qu'il est, en effet, délicat d'établir une démarcation entre la positivité et la négativité des intradermo-réactions ; en exigeant des réactions

trop étendues on court le risque de noter des réactions négatives chez des tuberculeux avérés.

Il fait remarquer à MM. Cathala et Lévesque que les résultats positifs concernent surtout des états pathologiques, notamment le rhumatisme, les néphrites et les spléno-pneumonies, dont les rapports avec la tuberculose sont depuis longtemps admises par beaucoup d'auteurs.

Il insiste sur ce fait que les résultats positifs obtenus avec M. Valtis doivent être rapprochés des constatations positives obtenues par les procédés classiques et qui se sont multipliées dans ces derniers temps dans des conditions tout à fait imprévues : microbes de sortie, cracheurs sains ou valides de bacilles tuberculeux. Ce rapprochement est encore plus étroit lorsqu'il s'agit de bacilles non virulents rencontrés non seulement dans les émonctoires, mais, ce qui est beaucoup plus singulier, dans l'intimité des tissus et dans le liquide céphalo-rachidien.

Ces anomalies prennent toute leur signification si on les confronte avec d'autres anomalies qui sont depuis longtemps signalées dans la tuberculose par de nombreux auteurs sans qu'on leur ait accordé l'attention qu'elles méritaient.

Il en est ainsi des tuberculoses bacillaires, surtout tuberculoses aiguës, comme les pneumonies caséeuses, et particulièrement la tuberculose par primo-infection chez les noirs. De nombreuses observations établissent que, dans les tuberculoses généralisées avec des caséifications multiples, le bacille de Koch peut n'être retrouvé, malgré des recherches multiples et répétées, ni dans l'expectoration, ni sur les coupes histologiques des tubercules. Les inoculations non seulement des crachats, mais encore des tissus tuberculisés, ne tuberculisent le cobaye que de façon inconstante et d'une tuberculose expérimentale extrêmement lente et discrète comme cela a été de nouveau tout récemment signalé.

Le contraste est saisissant entre l'extrême virulence et dissémination des lésions et leur pauvreté en bacilles ou la virulence atténuée de ces bacilles et il est instructif d'opposer à ces tuberculoses sans bacilles les bacilloses sans tubercules.

On connaît aussi, en effet, des exemples surtout étudiés par les auteurs allemands de lésions inflammatoires banales, pneumoniques ou autres, que l'examen direct montre peuplées de bacilles acido-résistants souvent en abondance. Ces anomalies inexpliquées ou mal expliquées justifient la recherche dans la tuberculose d'un élément encore inconnu sur lequel on peut faire beaucoup d'hypothèses, parmi lesquelles celle du virus filtrable peut prendre place.

Si, dans la tuberculose, ni le bacille, ni le tubercule ne sont constamment associés, on ne voit pas pourquoi la virulence serait le seul élément invariable.

M. VALTIS répond à M. Lelong qu'à l'heure actuelle il ne se base plus sur la constatation des éléments acido-résistants dans les ganglions de cobayes pour se prononcer sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux. Il a, en effet, démontré, avec L. Nègre et F. Van Deinse, que, par le traitement par l'extrait acétonique des cobayes inoculés avec les filtrats tuberculeux, ces éléments acido-résistants se laissent cultiver sur les milieux à l'œuf-asparagine. Ils donnent naissance à des cultures de bacilles de Koch qui présentent au début les caractères des bacilles du type aviaire, mais qui ne sont pas, comme il l'a montré avec F. Van Deinse, de véritables aviaires ; ces cultures peuvent, par la suite, par passage sur les animaux, reprendre l'aspect et les propriétés du type du bacille dont provient le filtrat. Ce fait donne la certitude que les bacilles acido-résistants que l'on trouve dans les ganglions des cobayes inoculés avec les filtrats sont de véritables bacilles tuberculeux, mais d'une très faible virulence.

En ce qui concerne les morts inexpliquées qui, d'après M. Lelong, n'existent plus depuis que les enfants issus de mères tuberculeuses ont été l'objet de soins attentifs, il tient à lui faire observer que, malgré tous ces soins, malgré l'amélioration de l'alimentation, il existe toujours des enfants issus de mère tuberculeuses qui succombent avec le syndrome de dénutrition progressive que rien ne peut expliquer. Avec le professeur Calmette, il a émis la simple hypothèse que ces morts étaient peut-être dues à l'ultra-virus tuberculeux, car c'est justement dans les organes de ces enfants que l'on trouve le plus souvent les bacilles de virulence modifiée, qui semblent dériver des éléments filtrables du bacille de Koch.

En tout cas, les faits bactériologiques qu'il a apportés ici avec M. Paisseau sont le résultat de longues et patientes recherches entreprises depuis douze ans.

Et M. Valtis conclut qu'après avoir pris acte des communications qui ont été faites à ce congrès il maintient intégralement ce qu'il a écrit et avancé.

DEUXIÈME QUESTION.

Influence des actions climatiques et météorologiques sur les maladies des enfants.

PREMIER RAPPORT.

Répercussions médicales liées aux variations météorologiques.

Par le Professeur G. MOURIQUAND (de Lyon).

Un climat, synthèse des éléments météorologiques et telluriques existant en un lieu géographique précis, malgré les variantes qu'il présente suivant les heures, les jours, les saisons, constitue une moyenne annuelle d'une certaine fixité, *une constante* pourrait-on dire. Cette moyenne climatique oriente la nutrition des êtres vivant sous ce climat. Les écarts, par leur action directe ou indirecte (exaltation microbienne), engendrent des troubles ; ce sont des « facteurs de dénivellation », de choc, qui troublent l'organisme.

Il existe donc des *syndromes météorologiques* passagers ou durables suivant la durée de leur cause. Il faut en distinguer l'action brusque des *changements de climats* (plaine, mer ou montagne), causant des dénivellations favorables ou défavorables comparables aux chocs.

I. **Méthode.** — L'étude de ces faits constitue *la météorologie médicale dont la* **méthode** d'étude comporte une *partie technique* et une *partie clinique météorologique.*

a. La *technique météorologique* exige la compétence

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'un *attaché de météorologie* spécialisé délégué d'un Observatoire, d'une Faculté des sciences ou tout autre milieu compétent, assurant la *surveillance technique des appareils* et la *liaison scientifique* entre la clinique et le laboratoire de physique ou d'astronomie indispensable à toute étude féconde.

Ce technicien *choisit* les appareils, les *installe*, assure leur *réglage* et leur *fonctionnement*, en interprète les tracés en présence du clinicien.

Il faut au minimum un *thermomètre*, un *baromètre*, un *hygromètre* enregistreurs et un *ionomètre*. Le centre météorologique régional pouvant fournir les autres renseignements, ces appareils en double seront placés l'un dans la salle, l'autre à l'extérieur.

b. Clinique météorologique. — Esquissée déjà par Hippocrate, elle a peu tenté les cliniciens. On a pensé *diathésiquement, anatomiquement, bactériologiquement*, mais *peu ou pas météorologiquement*. Un esprit d'analyse éloigné du scepticisme comme d'un excès inverse doit tendre à isoler certains troubles ou *syndromes relevant de manifestations météorologiques*, ce qui exige le contact et la collaboration étroite avec le technicien.

L'enfant, *terrain de choix*, à ce point de vue sensible à ces dénivellations, en période de croissance qui le fragilise, offre un milieu intérieur, un métabolisme hydrique notamment plus vulnérable à cet égard, des troubles fonctionnels notamment en sont la traduction fréquente, mais avec les grandes variations individuelles. Chez l'adulte, ces déséquilibres sont atténués par de *puissants appareils de régulation de la nutrition*.

II. Syndromes liés aux variations météorologiques. — On distinguera ceux qui dépendent des variations *simples*, des variations *complexes*, des variations *saisonnières*, enfin les effets des *changements de climat*.

a. Syndromes liés aux variations météorologiques simples. — Les principaux sont le chaud, le froid, la pression barométrique, hygrométrique, la radiation solaire, l'électricité atmosphérique. Mais aucun de ces syndromes *n'est pur*, car toujours plusieurs facteurs varient dans le même sens ou en sens contraires. On ne retiendra donc que la *dominante météorologique*.

1° *Variations thermiques :* coup de chaleur et coup de froid, l'action est complexe sur la résistance de l'organisme, mais aussi sur l'action des germes pathogènes.

Syndrome du coup de chaleur aggravé par le chauffage central (Lesage), les bains, les linges et vêtements trop chauds (Ribadeau-Dumas et R. Mathieu), lié à l'été, aux jours très chauds, favorisé par une ventilation insuffisante, une stagnation d'air surchauffé, local exigu (syndrome dit du placard), collectivités d'enfants, rôle du box trop étroit (Weill et Bertoye). Il faut aérer et, mieux, *climatiser* ces boxes, dangers des couveuses mal réglées, surtout chez le prématuré, l'hypothrepsique ; danger du *surhabillement*, de la pièce trop humide (cuisine, salle de lessivage, de buanderie). Tous ces facteurs ont permis de reproduire le coup de chaleur chez l'enfant ou l'animal (Ch. Nicolle).

En clinique on observe *des formes très graves* : pâleur, somnolence, hypersthénie, 40-42°, morts fréquentes ; *des formes graves* : hypersthénie, dyspnée, tachycardie, agitation, convulsions, syndrome de déshydratation, méningisme, ou méningite puriforme (Beutter, Sentis), mort en deux ou trois jours ou cachexie lente, à type d'athrepsie spasmodique, ou guérison.

Il existe *des formes moyennes et formes digestives* : « petit coup de chaleur » fréquent dans les crèches, fièvre, vomissements, diarrhée, déshydratation pouvant précéder la diarrhée, « dystrophie hydrique ».

Leur pathogénie est à distinguer, avec le professeur Marfan, de celle du choléra infantile ; l'enfant au sein est également atteint, mais il guérira plus vite.

Syndrome du coup de froid : a été mieux étudié, il est donc connu ; chez les nourrissons, l'hiver, l'hypothermie est fréquente (35° au moins), ou le refroidissement simple de la face et des membres ; les infections sont favorisées, la surface de rayonnement est facteur de réfrigération accélérée (Ch Richet et Langlois) chez les amaigris, les hypothrepsiques — leur nutrition déficiente aggrave encore cet état. L'inanition (Mouriquand et Leullier), pour la même raison, agit dans le même sens ; l'avitaminose ne semble pas intervenir, d'après les faits expérimentaux.

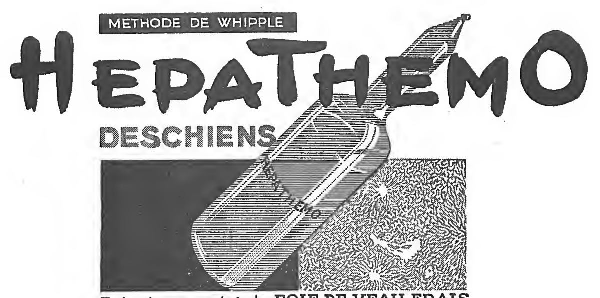
2° *Variations barométriques.* — Le mal des montagnes est connu. Les tuberculeux, les cardiaques adultes sont « barosensibles », d'où hémoptysies, hématémèses, crises d'asthme. L'influence a été signalée chez les *opérés du ventre*, les *spasmophiliques*, les *vagotoniques*. Mais ces faits paraissent, surtout chez l'enfant, liés à des perturbations variées et complexes.

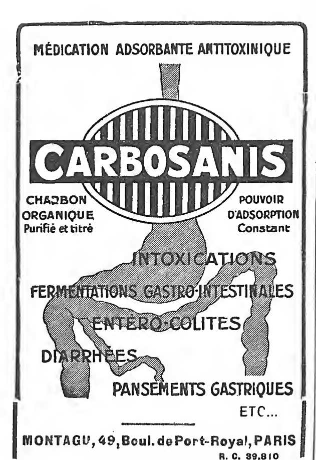
3° *Syndromes par variations hygrométriques.* — Ici encore facteurs mixtes, rôle du froid humide envers le rhumatisme, les maladies respiratoires, du brouillard chez les asthmatiques. Kopaczewski a invoqué l'électrisation des gouttelettes. Le brouillard favorise la suspension aérienne de gouttelettes, de cultures microbiennes (Trillat), ainsi que la stagnation de substances toxiques (brouillard toxique sulfureux, cas mortels de Liége). La siccité de l'air doit être étudiée (G. Mouriquand et R. Charpentier) dans le vent du Midi et le « föhn ». Les nourrissons hydrolabiles (Finkelstein, Lesage) sont les plus vulnérables.

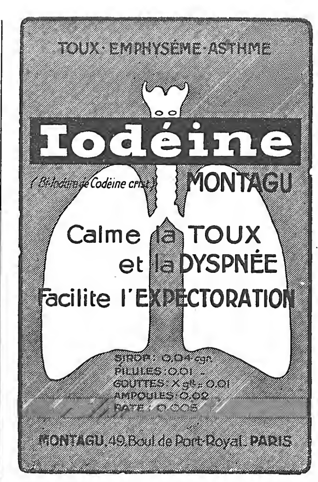
4° *Syndromes par variations de l'intensité des rayons solaires* liés à leur brutalité, à leur action prolongée, comme aussi à leur carence. *Le coup de soleil, l'héliothérapie* artificielle, accidents comateux subits, convulsifs, méningés, encéphalitiques, avec hypertension et signes de réaction méningée de formule variable. Les dangers de l'héliothérapie mal réglée tiennent surtout aux rayons infrarouges, caloriques, et aux rayons ultraviolets provoquant l'érythème et des troubles dystrophiques.

5° *Syndromes par variations électriques.* — Encore peu étudiés, sauf dans les cas complexes, on note : migraines, angoisse, troubles digestifs, asthénie, liés aux rapports entre l'ionisation positive et l'ionisation négative de l'air. Il reste aussi à étudier si l'*indéterminé météorologique* rentre ou non, comme l'ont soutenu E. et H. Biancani, par l'état électrique de l'air. On a parlé aussi de l'action des taches solaires (Faure et Sardou), de celle de l'état électrique sur l'apparition de la poliomyélite. Le champ d'étude est vaste : *champ électrique, l'ionisation, magnétisme terrestre, rayons cosmiques, taches solaires...*

b. Les syndromes liés aux variations météorologiques complexes. — Ces variations complexes, certaine-


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS



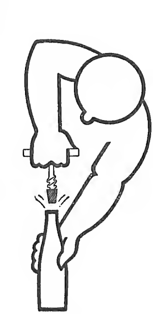


STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR PULVERISATIONS

CORYZA, ASTHME, RHUME DES FOINS
SÉDATION IMMÉDIATE

STOVOCAÏNE
EPHÉDRINE
NATURELLE



LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

DÉBOUCHE LE NEZ

ment multiples, n'ont fait la preuve clinique de leur autonomie que pour deux syndromes : l'action *de certains vents*, et celle des *temps orageux*.

1° *Syndromes liés à l'action pathologique de certains vents* (*Vent du Midi et Föhn*) : ces deux sortes de vents méritent d'être rapprochés l'un de l'autre.

Chez le nourrisson déprimé, infecté, en état de dénutrition, véritable pouvoir pathogène réalisant trois types : *type irritatif simple* : nourrissons agités, nerveux, insomniques ; *type thermique simple* : poussées de fièvre de 38 à 40 degrés ; *type grave avec déshydratation* : hyperthermie presque constante, facies pâle, nez pincé, yeux excavés, lèvres gris-lilas, 40°, puis refroidissement et mort en 24 et 48 heures ; si le vent du nord survient, véritables résurrections.

Ces troubles sont rares chez les enfants normaux, surtout au sein. *Chez l'enfant et le grand enfant*, certains météorolabiles sont irritables, inattentifs, les traits tirés, le teint jaune, accidents fréquents de prurit ou urticaire, de coryza, d'asthme ou de troubles digestifs variés (acétonémie, spasmes et coliques, diarrhée à grosses selles molles) ; quand souffle le vent du Midi, certains épileptiques font leur crise à cette occasion.

Chez l'adulte, asthénie, irritabilité, insomnie sans autre cause, anxiété, migraines, algies rhumatismales, hémoptysies chez les tuberculeux, opérés en choc plus marqué, épileptiques ou aliénés excités, troubles de ménopause exacerbés.

Le syndrome du Föhn, étudié en Allemagne, celui du vent d'est de Gibraltar, le siroco dans l'Afrique du Nord, le vent d'est du Sénégal ont été l'objet d'études mentionnées dans ce rapport. A Montevideo, le Dr Morquio a fait une étude analogue. En France, les vents de Bretagne (Courcoux), ceux du Lauraguais (professeur Marfan) offrent des particularités très intéressantes.

Certains faits font entrevoir que des sujets météoro-sensibles perçoivent les malaises avant même que le vent « ne soit au sol » ; ils sont à vérifier et à étudier.

Syndrome des temps orageux décrit par A. Lesage dans les crèches : insomnie, cris, agitation, nervosisme dans le personnel, hyperthermie légère, perte de poids, déshydratation, infections secondaires chez les plus grands, insomnie, migraine, troubles digestifs.

c. LES SYNDROMES LIÉS AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES. — Les effets de passage d'un climat à un autre sont manifestes, remarquables ou fâcheux. Certains cas se prêtent à une étude objective. Enfants inadaptés urbains, enfants diabétiques traités par l'insuline, tuberculeux, choisis entre beaucoup d'autres cas à étudier.

Les « inadaptés urbains », petits hépatiques, intolérants alimentaires, urticariens, acétonémiques, nerveux..., voient leurs troubles disparaître, suivant les cas, à la campagne, à la mer ou à la montagne ; soit rapidement, soit en une ou deux semaines, suivant les indications cliniques.

Certains enfants diabétiques nécessitant l'insulinothérapie voient leur sucre disparaître ou diminuer par le simple changement de climat.

Les enfants tuberculeux, tuberculose externe ou interne peu évolutive, s'améliorent par la mer ou la montagne avec héliothérapie prudente.

Mode d'action du changement climatique. On y trouve la disparition des facteurs nocifs de la ville, l'activation de la nutrition générale, de l'action des glandes, la désensibilisation, la « dénivellation météorologique » par le « choc climatique » provoquée avec la prudence voulue. On peut distinguer, chez les adultes, mais plus encore chez les enfants, *des météorostabiles*, et des *météorolabiles*, sensibles soit à toutes les causes, soit à certaines perturbations spéciales : orage, vent, baisse barométrique, chaud, froid.

Diagnostic des variations météorologiques pathogènes. — L'interrogatoire portera sur les divers facteurs cités plus haut, les répétitions de leurs effets, pris par les appareils techniques, l'étude biologique du sang, du système nerveux, des organes, celle de la colloïdoclasie ; on évaluera chez l'enfant les réactions en face de ces facteurs.

Enfants météorolabiles. — Leur sensibilité, assez comparable à un âge donné, varie aux différents âges : courbe thermique, facies tiré, déshydratation, réactions localisées (urticaire, acétonémie, diarrhée, coryza, asthme, spasmophilie, convulsions).

Terrain météorolabile souvent imprévisible, sauf un interrogatoire météorologique précis.

L'enquête doit fouiller les *données héréditaires et congénitales* ; les *données personnelles*, sensibilité apparue après une infection, une dystrophie. On retrouve l'eczéma, l'asthme, l'urticaire, l'acétonémie, migraine, troubles digestifs, albuminurie, glycosurie intermittente. Enfants inappétents, ou gros mangeurs « inassimilateurs », foie trop gros, parfois petit, selles décolorées. A côté des hépatiques, il faut faire une place à la dystrophie humorale ou colloïdoclasique et à la dystrophie neuro-végétative. Ces faits rentrent dans le neuro-hépato-arthritisme des anciennes classifications.

Prévention et thérapeutique des accidents liés aux accidents météorologiques. — Les principes généraux visent à supprimer les facteurs nocifs, à modifier les organismes infantiles météorolabiles, à traiter les accidents observés.

1° *Facteurs météorologiques.* — C'est la lutte contre le chaud, le froid, le sec, l'humidité. Dans les hôpitaux, les crèches, il faut « climatiser » [Jules Renaud, Mouriquand (hôpital Saint-Louis, clinique infantile de Lyon)] les locaux, emploi de ventilateurs, blocs de glace en été : régulation de la chaleur et de l'hydratation de l'air des salles, arrosage (appareils enregisteurs de contrôle). En ville aussi, locaux aérés, convenables, éviter chaleur, froid, surhabillages, excès d'humidité chaude. Éviter les sorties par les vents pathogènes ; écarter les enfants des plages, séjours dans les bois ; contre les facteurs barométriques, électriques, ionisation, de nouvelles études sont nécessaires. En ville, écarter l'enfant des « allergènes nocifs ».

2° On modifiera le terrain météorolabile en s'adressant à l'hépatisme par le régime, l'action climatique associée est puissante, la cure de Vichy, le traitement spécifique s'il est justifié naturellement.

3° Les *accidents* sont justiciables d'une thérapeutique comme : refroidissement ou réchauffement, ventilation, bains ; contre les troubles généraux on emploiera le camphre, l'oxygène, les bains frais, et contre la déshydratation, boissons (thé léger sucré), goutte à goutte rectal

glucosé, ou sérum glucosé isotonique additionné de une ou deux unités d'insuline.

Le professeur Mouriquand conclut ce remarquable rapport, fruit d'une expérience prolongée, d'un esprit critique avisé et d'une haute culture, en attirant l'attention sur les données suivantes : importance trop négligée des facteurs météorologiques sur la santé des enfants ; intérêt de la connaissance de syndromes liés aux divers facteurs thermique, hygrométrique, barométrique ; excès ou carence solaire, variations électriques, nécessité d'une étude critique concernant le magnétisme, l'ionisation, le champ électrique, l'état électrique, les taches solaires, les rayons cosmiques.

La *météoro-pathologie*, science nouvelle aux limites et aux horizons encore imprécis, fournira peut-être un jour l'explication de faits encore inexpliqués dans le domaine de la pathologie classique.

DEUXIÈME RAPPORT.

Influence du climat sur les conditions pathologiques de l'enfance.

Par le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE (de Paris).

L'auteur résume le complexe « *climat* » et le complexe « tempérament », montrant par là combien sont multiples les actions des « changements d'air » sur l'organisme des enfants.

I. Il passe en revue :

1° Le climat de plaine avec ses nombreuses variantes et s'attache surtout ;

2° Au climat marin ;

3° Au climat de montagne.

II. Le climat marin (*côtier*), et non la pleine mer, a pour lui un air humide saturé de vapeurs et d'embruns riches en substances chimiques, une irradiation lumineuse puissante, une température stable. La zone cotière, voisine, a aussi son intérêt.

III. Le climat d'altitude à air sec, à forte activité actinique, à écarts thermiques importants, où le froid est remarquablement supporté, surtout au-dessus de 1 000 mètres, et mieux à 1 500 et 2 000 mètres.

La demi-altitude, de climat moins caractérisé, a cependant ses indications.

Influence physiologique et pathologique des divers types de climats. — *a.* Le *climat marin* stimule la nutrition, l'appétit, par le soleil agit sur le système ostéo-musculaire, les bains salins également. Indications : le rachitisme, les péritonites tuberculeuses ascitiques et même ulcéro-caséeuses, après la période fébrile évolutive du début ; les tuberculoses locales dites chirurgicales (osseuses, ganglionnaires) ; on a parlé aussi des séquelles de poliomyélite des hérédo-syphilitiques.

Contre-indications : tuberculose pulmonaire, la polyarthrite rhumatismale, avec cardiopathie, mais la tuberculose péricardo-périhépatique avec symphyse est favorablement influencée, c'est donc l'infection rhumatismale que la mer aggrave et non le muscle cardiaque lui-même.

L'entérocolite dysentériforme est souvent réveillée, elle aussi, par le climat marin. L'état névropathique, les troubles psychiques des enfants s'exagèrent souvent aussi à la mer.

Localement, il faut redouter aussi le réveil de poussées rhino-pharyngées avec otite et de complications broncho-pulmonaires chez les adénoïdiens.

Sur les tuberculoses même locales, l'abus de l'héliothérapie marine est un facteur supplémentaire d'aggravation; il en est de même chez les convalescents de pleurésie séro-fibrineuse.

b. Le *climat d'altitude* est, au contraire, recommandé dans toutes les formes de la tuberculose infantile. Rollier a montré tout ce qu'on peut attendre de l'adjonction de l'héliothérapie. Elle est encore précieuse après collapsothérapie, sur le poumon mis au repos.

Les tuberculoses chirurgicales en éprouvent aussi un effet très salutaire ; de même, mais à un degré moindre, l'ostéomyélite, l'ostéochondrite, et surtout le rachitisme. Enfin l'état lymphatique, les insuffisances endocriniennes, certaines dermatoses, la poliomyélite.

L'asthme infantile mérite une place à part par les beaux résultats du climat d'altitude, en Suisse comme en France ; parfois le retour au-dessous de 1 000 mètres ou en plaine amène la récidive.

Contre-indications : surtout les cardiopathies non compensées ; l'anémie s'exagère chez les asystoliques ; pour la même raison, les cas de pneumothorax bilatéral ne doivent pas dépasser la demi-altitude.

L'auteur conclut de cet exposé qu'il conviendrait, outre la grande diversité des climats marins ou montagneux, de faire une place aux divers climats de plaine, si variés rien qu'en France, et, dans les divers rivages marins ou les montagnes, Alpes, Pyrénées, Plateau Central, montrer les différences qui marquent l'originalité de chaque climat.

TROISIÈME RAPPORT.

Les influences saisonnières sur les maladies.

Par le Dr PIERRE WORINGER (de Strasbourg).

L'étude des variations saisonnières sur les bonnes statistiques montre trois types d'oscillations différents :

1° Poussée tous les deux ou trois ans (rougeole, diphtérie) ;

2° Poussée saisonnière annuelle, *fréquente* ;

3° Poussées sans date précise en rapport avec des phénomènes météoriques, « maladies météorotropes », vent du Midi, « föhn », cyclones (Mouriquand).

I. Méthodes d'étude. — L'étude *médico-météorologique* est applicable à ces derniers cas. Les maladies à répercussions lentes ne relèvent actuellement ni de l'instrumentation, ni de l'expérimentation sur l'animal, mais de la *seule méthode statistique*. Elle exige d'être utilisée rigoureusement ; d'où l'importance de diagnostics exacts et précis, teneur des fièvres éruptives. L'étude d'un *district* mi-urbain, mi-rural, est particulièrement instructive : tous les cas légers ou graves doivent figurer, en nombre assez grand, plusieurs centaines, pour que les moyennes soient comparables, et cela pendant trois ou quatre années au moins, puis faire une courbe moyenne de ces diverses années.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Interprétation des courbes. — En général, sinusoïdes avec un sommet et un minimum souvent éloignés de six mois. L'étude du rapport $\frac{\text{maximum}}{\text{minimum}}$ le montre variable, mais presque constant dans un cas donné.

II. **Variations saisonnières des maladies.** — M. Woringer élimine les maladies saisonnières telles que rhume des foins, urticaire des fraises, paludisme, dont les causes sont végétales ou parasitaires et non pas saisonnières.

1° *Maladies infectieuses.* — Rougeole (maxima mars à juillet ; minima, août-septembre chez l'enfant). Chez les adultes (soldats), type *hiberno-vernal* entre janvier et juin (maximum mars). Scarlatine, maximum en février, mais moins net. Varicelle et variole, sommet en mars. Maladies non éruptives : diphtérie, maximum entre novembre et janvier ; coqueluche plus étalée dans le temps, rarement hiberno-vernale ; la véritable grippe épidémique est peu influencée par les saisons, de même les oreillons. La méningite épidémique prédomine en mars, comme l'encéphalite ; poliomyélite en septembre.

Les infections aiguës du pharynx et des voies respiratoires, surtout broncho-pneumonies et pneumonies, ont leur maximum en février-avril ; les amygdalites seraient plus précoces. Le rhumatisme articulaire aigu débute en des moments variables, mais les documents ont une valeur discutable.

La tuberculose méningée monte de décembre à mars, puis décroît ; le minimum est en septembre ; les décès par tuberculose pulmonaire ont une courbe analogue. Les infections intestinales (les typhoïdes, les dysenteries, le choléra) montent de juin à septembre, puis décroissent ; les entéro-colites paraissent faire de même.

2° *Troubles digestifs du nourrisson.* — Plus rares grâce à l'hygiène du lait, ils débutent en mai, sont à leur maximum en juillet-août ; dès octobre le chiffre est pratiquement nul ; l'été chaud est plus nocif que l'été pluvieux. C'est la courbe saisonnière par excellence.

3° *Les maladies par carence*, le régime restant inchangé, offrent des variations notables. Le rachitisme (avitaminose D) est parallèle à la privation de lumière, de même la spasmophilie, mieux dépistée par l'acuité de ses manifestations : *clocher hiberno-vernal* prononcé.

La xérophtalmie (avitaminose A), nulle de juillet à novembre, remonte jusqu'en mars ou mai, puis rétrocède. Le béri-béri (avitaminose B) est à maximum *estivo-automnal* (juillet-août).

4° *Maladies diverses.* — Certains asthmes, l'eczéma du nourrisson, les affections endocriniennes, cutanées, les hémoptysies, l'appendicite, l'épilepsie, la pellagre, ont des relations saisonnières assez nettes également.

III. **Principaux types de courbe saisonnière des maladies.** — Les faits qui précèdent peuvent paraître disparates ; si on les rapproche, on peut ramener *à trois ou quatre types* les maladies saisonnières et les courbes correspondantes :

1° Type *hiberno-vernal*, le plus répandu (spasmophilie), ascension rapide, clocher décembre à mai, descente brusque, où rentrent nombre d'infections de dermatoses, d'avitaminoses.

2° Type *hibernal pur* : très voisin (diphtérie) ;

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

3° *Type estivo-automnal* (sommet août-septembre, minimum en mars), courbe décalée de six mois par rapport au type hiberno-vernal. Ce sont surtout les infections intestinales, le béri-béri, la poliomyélite ;

4° *Type estival* plus rare : pellagre, les lucides (ou dermatoses dues à la lumière), début en avril, acmé en juin, baisse dès juillet.

IV. **Comment s'expliquent les variations saisonnières des maladies.** — Ces interprétations très délicates sont plutôt de simples hypothèses de travail que l'avenir précisera. Pour les infections, la biologie du germe pathogène peut être saisonnière et cyclique, ou encore l'organisme peut être influencé par le régime alimentaire saisonnier, ou le métabolisme peut varier avec les saisons et la résistance organique avec lui, autant d'hypothèses. L'auteur rapporte les principaux travaux qui servent de base à cette triple pathogénie et les faits expérimentaux qui les étayent. C'est l'étude physiologique qui ouvrira la voie aux déductions pathologiques.

Moro (d'Heidelberg) croit à l'existence d'une *crise hormonale printanière*, véritable *printemps biologique* créant un état réceptif spécial qui se placerait à la fin de l'hiver; mais cette conception reste hypothétique,

V. **Les facteurs météorologiques qui déterminent les variations saisonnières des maladies.** — Ils sont nombreux et leur analyse malaisée; outre le froid et le soleil, l'humidité, la pression barométrique, les facteurs électriques, etc., interviennent.

Même le rôle du froid, remis à l'étude, offre des discordances nombreuses. Pour la chaleur, à côté du coup de chaleur, il existe des actions lentes et nocives sur le tube digestif, valables dans nombre d'états estivo-automnaux. Inversement, la carence solaire, hivernale, agit sur le rachitisme et sur la spasmophilie.

Les facteurs barométriques (humidité, pression électrique), les cyclones, les tornades sont presque entièrement à étudier ; ils ne sont pas du reste parallèles aux saisons.

VI. **Comment contrebalancer l'effet pathogène des saisons.** — Il est des moyens très anciens (protection contre le froid, la chaleur), d'autres modernes (irradiations ultra-violettes).

Les questions de protection ou d'accoutumance à l'égard des facteurs nocifs se posent.

Le froid lui-même, bien manié, est un agent tonique et stimulant, si on évite les chocs dus aux trop brusques changements.

Inversement, la réfrigération des salles, des crèches, rend de précieux services. On sait les services, mais aussi les limites cliniques de l'hélio-prophylaxie, par le soleil ou les irradiations artificielles. La pellagre, au contraire, bénéficie de la mise à l'abri de la lumière.

Cette brève analyse ne peut prétendre à donner un reflet fidèle du beau rapport du Dr Woringer qui abonde en vues originales, il ne peut qu'inciter le lecteur à se reporter au texte de ce remarquable travail.

VARIÉTÉS

L'HOPITAL, CALAMITÉ FINANCIÈRE

Il sera bien intéressant de suivre les effets de la dépression sur l'organisation actuelle des hôpitaux américains. On sait qu'ils ont été bâtis et installés, surtout dans ces dernières années, avec un luxe et même une extravagance que semblait justifier la prospérité. Depuis le début de la crise, leur situation financière est devenue chaque jour plus difficile ; mais il n'est pas aisé de réformer des dépenses qui, dans bien des cas, ont été engagées dans une espèce de vanité de perfection, par des administrations dont les ressources étaient pratiquement illimitées.

Aux États-Unis, les hôpitaux sont généralement payants. Ce sont des maisons de santé où l'on peut trouver à la fois des chambres à tous les prix, et des lits de salle commune gratuits, ou bien entretenus par des collectivités ou des municipalités ; la plupart des malades paient un prix correspondant à la dépense moyenne.

Le Dr C. A. Mills, de Cincinnati, O. (1), se demande si les malades de la classe ordinaire pourront encore longtemps payer ces frais élevés

Le prix de revient d'un lit n'a pas cessé de monter depuis ces dernières années. Il est actuellement, au minimum, de 4 000 $, et atteint souvent 10 000 $. Or, dans une famille ordinaire, la maison de la famille représente généralement le double du revenu moyen. Pour un revenu allant de 2 000 à 5 000 $, et par conséquent une maison valant de 4 000 à 10 000 $, le lit pour cinq personnes coûte donc de 800 à 2 000 $.

Quand donc on offre à un de ces malades un lit qui coûte cinq fois plus cher que le sien, comment peut-on espérer qu'il le paiera aisément ? et quelle raison il y-a-t-il de lui fournir, à ses frais, un luxe de bâtiments ou d'installations spectaculaires et dont il n'a nul besoin ? Il est probable que, si l'Amérique est obligée de revenir à un *standard of life* plus modeste, beaucoup d'hôpitaux vont fermer leurs portes, ou du moins fonctionner avec une économie jusqu'ici inconnue ; et d'autre part les temps sont passés des constructions grandioses, et les futurs hôpitaux devront être conçus de façon que le prix du lit se rapproche de celui des habitations courantes du pays.

Ph. Dally.

(1) *Journal of the american médical Association*, 8 avril 1933, p. 1128.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juin 1934.

Présentation de malade. — M. GRIMBERG présente une malade atteinte d'adénite bacillaire fistulisée guérie par son extrait bacillaire colloïdal.

Gangrène pulmonaire traitée et guérie par chirurgie associée aux larves de mouche. — M. KAUFMANN présente un malade atteint de gangrène pulmonaire aiguë non cavitaire. Il a été traité par la pneumotomie et le nettoyage du parenchyme gangrené par les larves stériles de *Lucilia sericata*. Il a été pratiquement guéri en moins de cinquante jours.

Tumeur du fémur traitée par l'hémocrinothérapie. — M. FILDERMAN présente un malade de quatorze ans, atteint depuis un an d'une tumeur du fémur, d'un ostéome pur, sans aucune image de malignité. L'hémocrinothérapie parathyroïdienne a fait disparaître en quelques jours les douleurs atroces nocturnes et diurnes dont le malade avait souffert depuis le début. L'examen radiologique, par contre, ne denote pas de progrès réel, mais le début du traitement ne remonte qu'à un mois ; le malade a gagné 3 kilos.

Aération et aspect du sang. — M. FILDERMAN a eu l'occasion de constater sur un grand nombre d'échantillons veineux que le « sang du lundi » des personnes qui passent la fin de la semaine à la campagne est bien plus rouge. Il rappelle, pour l'appuyer, la campagne du Dr Georges Rosenthal, en vue de l'adduction dans les grandes villes d'air respirable à l'instar de l'eau potable. En attendant, l'auteur préconise le transport hebdomadaire des enfants des écoles loin des grandes villes et des routes à intense circulation automobile.

Vaccination par voie lymphatique. — M. DHENIN est d'avis que de toutes les voies utilisables pour la vaccination anti-infectieuse, le système lymphatique paraît être le mieux indiqué. L'amygdale est le lieu d'élection pour la lympho-vaccination. Les efforts se font sentir dans les quelques heures qui suivent l'inj ection de vaccin. En général une seule injection est suffisante. Cette méthode ouvre des horizons nouveaux sur la vaccination, la micro-sérothérapie et sur les maladies éruptives chez lesquelles la lympho-vaccination semble donner d'heureux résultats.

Splénothérapie dans la tuberculose. — M. J.-C. BAYLE expose sa méthode de traitement général de la tuberculose par la splénothérapie. Les injections d'extrait total de rate augmentent les hématies, les leucocytes et l'hémoglobine, favorisent digestion et assimilation, fixent le calcium. On note en outre chez les malades une augmentation rapide du poids et des forces, une cicatrisation des lésions constatées à la radiographie, une diminution et une disparition des bacilles. L'auteur appuie son exposé de projections de documents, courbes thermiques, poids et radiographies.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 juin 1934.

Les acides aminés dans le traitement de la tuberculose. — M. Ch. SCHMITT appelle l'attention sur les heureux effets des acides aminés dans le traitement de la tuberculose, du glycocolle, de la leucine et de leurs dérivés méthylés, en particulier. Il les attribue à la propriété qu'ont ces corps de s'unir et de former des dipeptides, résistant aux diastases, entrant dans la constitution des globulines, des anticorps entre autres, et pour 50 p. 100 dans celle de l'élastine des fibres du tissu conjonctif, tissu réparateur par excellence des plaies et lésions de toute nature. Ils mettent l'organisme affaibli en mesure de se défendre par les réactions naturelles, locales et générales dont il dispose normalement. Ils lui fournissent l'excitation et les éléments de reconstitution dont il a besoin.

Cette hypothèse est rendue vraisemblable, d'une part par les analyses de H. Labbé qui montrent que la quantité d'acides aminés augmente au début de la tuberculose, tant que l'organisme peut faire les frais de la lutte, pour décroître quand la résistance faiblit ; d'autre part, par des travaux récents sur les ulcères gastro-duodénaux, le cancer, spontanés ou expérimentaux, sur les myopathies... et aussi par l'évolution lente, discrète et très souvent favorable des affections bacillaires de la fosse iliaque droite où circulent en abondance les derniers produits de la désintégration des albumines, se rendant des villosités intestinales au foie et au canal thoracique.

Les acides aminés n'agissent pas par arthritisation, ce qui pourrait avoir des inconvénients, mais par un mécanisme qui leur est propre, et qu'expliquent bien leur origine, leur composition chimique, leurs fonctions biologiques et leurs actions physiologiques.

Hypertensions endocrino-sympathiques et leur traitement. — M. Marcel LAEMMER reprend la question des hypertensions endocrino-sympathiques et estime que celles-ci sont beaucoup plus sous la dépendance de phénomènes sympathiques que de phénomènes endocriniens ; aussi les hypertensions qui ne sont pas d'origine artério-scléreuse doivent-elles être traitées comme des phénomènes du sympathique. Pour ce faire, il s'adresse de préférence à l'étude de l'équilibre du système nerveux végétatif par « l'épreuve » de Danielopolu qui signalera si la sympathicotonie est due à une hypovagotonie ou si la sympathicotonie est pure, ou encore s'il existe une hypervagotonie jointe à une sympathicotonie.

Trois médications sont alors indiquées :

S'il y a hypovagotonie seule, on emploiera l'acétylcholine pure ;

S'il y a sympathicotonie pure, on emploiera le tartrate d'ergotamine ;

Et s'il y a hypervagotonie jointe à une hypersympathicotonie, on utilisera l'acétylcoline en même temps que l'yohimbine.

Etude expérimentale de l'intrait de muguet. — M. H. BUSQUET rappelle que l'intrait de muguet possède une toxicité et un pouvoir cardiotonique qui sont intermédiaires entre ceux de la digitale et du strophantus. A poids égal, il est quatre fois plus actif que la convallamarine ; cette particularité semble indiquer que l'intrait de muguet est très riche en convallatoxine, glucoside tonicardiaque extrêmement puissant. Sur les fibres lisses (intestin isolé) l'intrait de muguet exerce, comme celui de la digitale, un effet hypertonique, mais il est six fois plus actif. Des essais faits chez l'homme permettent de conclure que l'intrait de muguet peut être utilisé sans

danger contre l'asystolie, à la dose de 0gr,10 par voie buccale, et de 2 à 3 centigrammes par voie intramusculaire ; la possibilité de l'injection permet de ranger ce médicament parmi les cardiotoniques d'urgence.

La scarlatine est-elle une maladie autonome ? — MM. J. BERTRAND et R. LECOQ, s'appuyant sur un ensemble d'observations, pensent que la scarlatine ne se présente pas avec les caractères d'une maladie autonome comparable aux fièvres éruptives, parce que :

Son étiologie est multiple et le mode d'éclosion par contagion directe, relativement rare ;

Elle ne se montre vraiment contagieuse que dans le lieu de son origine. Elle naît et meurt sur place et se transmet sans qu'on puisse lui attribuer une période de contagiosité optima ;

Elle ne confère pas l'immunité, une première atteinte prédisposant plutôt à des atteintes ultérieures ;

Elle possède de nombreux équivalents, puisqu'elle donne naissance autour d'elle à des manifestations polymorphes : érysipèle, phlegmon de l'amygdale, panaris, néphrite hématurique.

Les mesures prophylactiques employées jusqu'ici paraissent assez inopérantes. La vaccination préventive serait d'une application plus logique et c'est dans cette voie que nous pensons poursuivre les recherches.

Sur la posologie et certaines propriétés des lécithines. — MM. E. JUSTER et R. HUERRE exposent leurs travaux sur les lécithines. Après avoir cherché à fixer les doses toxiques sur l'animal, ils sont arrivés à injecter, sans inconvénient, 1 gramme de lécithine chez l'homme, sous forme d'huile lécithinée à 5 p. 100. Ces huiles lécithinées ont un pouvoir hémostatique indéniable ainsi qu'une action destructive remarquable sur les épithéliomas cutanés baso et spino-cellulaires. Ils émettent différentes hypothèses sur cette action cancéricide et indiquent les expériences qu'ils poursuivent pour étudier le mécanisme physio-pathologique de la lyse cancéreuse par certaines lécithines ou par leurs produits de transformation.

Venins et méthémoglobine. — M. A. BRISSEMORET montre la coïncidence des propriétés curatives d'agents médicamenteux divers avec leur pouvoir ou leur activité méthémoglobinisante.

M. L.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 juillet 1934.

Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis. — MM. L. BABONNEIX et ROUÈCHE ont pu compléter l'enquête au sujet de la jeune fille, atteinte de maladie de Friedreich, qu'ils ont présentée en mars dernier à cette société. Chez la mère, abolition des réflexes achilléens. Quant à la grand'mère maternelle, elle est internée pour paralysie générale. Le rôle de l'hérédo-syphilis, dans le déterminisme des troubles observés chez la jeune fille, paraît donc des plus vraisemblable.

MM. MOLLARET et BAUDOUIN soulignent l'intérêt de cette observation.

Deux observations de pneumatocèle intracranienne. — MM. FRIBOURG-BLANC, LASSALE et GERMAIN rapportent deux cas d'hydro-pneumatocèle intracranienne post-traumatique, qu'ils ont observés au Val-de-Grâce.

Le premier cas concerne un officier, blessé en 1915 par éclat de grenade à la région frontale droite ; la blessure a été suivie de réaction méningée, de suppuration locale avec élimination d'esquilles et hernie cérébrale, et d'hémiparésie gauche. Depuis lors, le blessé présenta, deux ou trois fois par an, de violents accès de céphalée, suivis pendant un jour d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par la narine droite. A l'occasion d'un de ces accès de céphalée particulièrement violent, en 1925, une radiographie fut pratiquée, qui ne décela aucune collection intracranienne. Ce n'est qu'en février 1933 — dix-sept ans après la blessure, — qu'apparut la pneumatocèle, survenue à la suite d'une quinte de toux accompagnée d'une douleur atroce de la région sus-orbitaire droite.

Le deuxième cas concerne un soldat qui, le 8 avril 1934, au cours d'un raptus anxieux, se tira une balle de revolver dans la région sus-hyoïdienne. La balle, après avoir traversé de bas en haut la bouche et le massif facial, ressortit par la région frontale, à droite de la ligne médiane. Le blessé ne présenta pas d'autre trouble neurologique qu'une anosmie. C'est vingt-deux jours après la blessure que la radiographie révéla une hydro-pneumatocèle. La rhinorrhée ne fit son apparition que le 2 juin, à la suite d'une rhino-pharyngite.

Ces deux cas, très différents par leur allure clinique, se ressemblent par leur aspect radiologique, qui montre la localisation sous-arachnoïdienne de l'épanchement hydro-aérique chez ces deux blessés. Les auteurs discutent les signes différentiels de cette localisation, qui se distingue des localisations intraventriculaires, intra-cérébrales et extradure-mériennes. Ils attirent l'attention sur la bénignité relative des pneumatocèles intracraniennes, rappellent leurs signes pathognomoniques, discutent le mécanisme de leur production, envisagent l'opportunité très controversée de l'intervention chirurgicale et supposent que la relative rareté des cas publiés est due à la symptomatologie souvent discrète et à l'absence du contrôle radiologique, qui est indispensable au diagnostic.

Hémitremblement parkinsonien au cours de l'évolution d'une sclérose en plaques. — MM. NOEL PÉRON, CLÉMENT LAUNAY et JEAN LEREBOULLET ont observé une jeune malade qui, au décours d'une poussée aiguë et grave de sclérose en plaques, en janvier 1930, présenta progressivement un hémitremblement du membre supérieur droit : ce tremblement de repos a tous les caractères d'un tremblement parkinsonien. Il s'ajoute à la symptomatologie pyramidale et cérébelleuse antérieurement constatée.

L'association de signes de sclérose en plaques et d'un hémitremblement d'aspect parkinsonien est exceptionnel.

Etude histologique d'un gliome cérébral accompagné de métaplasies (projections), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER.

Méningiome du trou auditif interne. Opération. Guérison. — MM. VAN GEHUCHTEN, T. DE MARTEL et J. GUILLAUME présentent une malade, chez laquelle s'était installé progressivement, en trois ans, un syndrome de l'angle ponto-cérébelleux droit, caractérisé par une surdité et par un syndrome labyrinthique droits, une



ulcéosine
POUDRE SOLUBLE - TRAITEMENT INTERNE.
ARTÉRIO-SCLÉROSE_VARICES_PHLÉBITE CHR.
PÉRIPHLÉBITE _ULCÈRES VARIQUEUX_
HÉMORROÏDES_INSUFFces HÉPATIQUE ET
RÉNALE_RHUMATISMES CHRONIQUES.
ulcéosol
POMMADE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC_PRURIGO.
POUDRE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT.
LABORATOIRE SÉVIGNÉ. 76 RUE DES RONDEAUX_PARIS (XXe)

paralysie faciale **périphérique** presque totale et une atteinte très marquée du trijumeau du même côté. A ce syndrome focal s'ajoutaient une parésie transitoire du moteur oculaire externe droit, des troubles cérébelleux droits discrets, un léger syndrome pyramidal gauche, et une stase papillaire bilatérale peu accentuée.

A l'intervention, il s'agissait d'un méningiome, qui s'insérait au niveau du trou auditif interne, et qui fut enlevé en totalité.

La malade ne présente plus actuellement que des troubles extrêmement discrets ; son état général est excellent. Les auteurs insistent sur la rareté des méningiomes de cette région de l'angle, qui s'oppose à la fréquence du neurinome de l'auditif. L'atteinte du facial et du trijumeau semblaient ici plus intenses qu'elles ne le sont d'habitude dans les neurinomes de l'auditif, et pouvaient évoquer l'idée d'une tumeur intraprotubérantielle.

Hydrocéphalie chronique chez un adulte par oblitération des trous de Magendie et de Luschka. Opération. Guérison. Considérations physio-pathologiques. — MM. AUBRY, J. GUILLAUME et R. THUREL présentent un malade qui, depuis de longues années, souffrait de céphalées diffuses, et chez lequel, depuis deux ans, étaient apparus des troubles psychiques, une baisse de l'acuité visuelle, des troubles de l'équilibre, et en particulier un vertige de position déclenché par les mouvements d'extension de la tête. Une ventriculographie mit en évidence une dilatation considérable du système ventriculaire, secondaire à un processus localisé à la fosse cérébrale postérieure.

L'intervention, pratiquée il y a deux mois par MM. Guillaume et Thurel, dans le service neuro-chirurgical de M. de Martel, permit de découvrir un volumineux kyste du quatrième ventricule, secondaire à une oblitération des trous de Magendie et de Lusckka. La résection de la toile choroïdienne du quatrième ventricule permit le rétablissement de la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Actuellement, le malade est en excellent état ; les divers symptômes ont totalement disparu.

Les auteurs insistent, à propos de ce cas, sur la valeur sémiologique du vertige de position ; ils n'ont observé ce symptôme, jusqu'alors, que dans les processus qui atteignent directement les noyaux vestibulaires.

Kyste du troisième ventricule à symptomatologie atypique. — M. BARRÉ (de Strasbourg) rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, qui, un mois après un traumatisme cranien assez léger, fut pris de céphalées, de quelques troubles de la mémoire, puis de crises épileptiques. L'examen ophtalmologique révélait une atrophie optique bilatérale avec reliquat de stase d'un côté, et rétrécissement à la fois nasal et temporal du champ visuel. La ponction lombaire montrait une tension de 58 en position assise, avec 45 lymphocytes par millimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien, une légère hyperalbuminose, Wassermann négatif. On ne constatait aucun signe de localisation, sauf de légers troubles labyrynthiques. La ponction lombaire faisait immédiatement disparaître les céphalées chaque fois qu'elles se produisaient. Après deux ans d'évolution, le malade tomba brusquement dans le coma, et mourut. L'autopsie montra l'existence d'un kyste du troisième ventricule, qui obstruait complètement la lumière ventriculaire. Pendant toute l'évolution, les céphalées ne s'étaient jamais accompagnées de vomissements. L'auteur pense que le syndrome d'hypertension cranienne comporte des variétés symptomatiques différentes selon la localisation de la lésion.

Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique. — MM. GEORGES GUILLAIN et L. MICHAUX présentent un malade chez lequel se développa en quelques mois un syndrome parkinsonien typique. La ponction lombaire montra, dans le liquide céphalo-rachidien, toutes les réactions biologiques de la syphilis. Le traitement mercuriel et bismuthé amena une rétrocession des troubles.

Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer toujours un examen du liquide céphalo-rachidien chez les sujets qui présentent un syndrome parkinsonien, spécialement chez les sujets non séniles. Il serait erroné de méconnaître, à côté du rôle de l'encéphalite épidémique, celui d'autres facteurs étiologiques des syndromes parkinsoniens. Les mésencéphalites syphilitiques aiguës peuvent simuler l'encéphalite épidémique aiguë, de même les mésencéphalites syphilitiques subaiguës et chroniques peuvent simuler les complications tardives de l'encéphalite épidémique, en particulier les syndromes parkinsoniens. Ces faits ont une importance pratique évidente.

M. LHERMITTE appuie cette opinion.

Etude des fonctions cochléaires et vestibulaires dans la maladie de Friedreich. — MM. G. GUILLAIN, MOLLARET et AUBRY ont constaté que, dans la maladie de Friedriech, le système cochléaire était toujours intact, que les troubles vestibulaires spontanés faisaient défaut ou à peu près, mais que les réactions vestibulaires provoquées (rotatoires, caloriques et galvaniques) étaient souvent démesurées ou abolies, et que le trouble affectait surtout le nystagmus rotatoire.

M. BARRÉ a étudié autrefois ces mêmes faits, et il conclut dans le même sens.

Myoclonies arythmiques et unilatérales des membres par lésion du noyau dentelé du cervelet. — MM. GEORGES GUILLAIN, IVAN BERTRAND et JEAN LEREBOULLET rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme de cinquante-sept ans, pseudo-bulbaire, chez qui ils ont constaté des myoclonies arythmiques localisées aux muscles des membres du côté droit ; le voile du palais, le pharynx, les globes oculaires étaient indemnes. Les auteurs attribuent ces symptômes à une petite lacune que l'autopsie a permis de constater à l'extrémité postérieure du noyau dentelé droit.

Sur les hématomes sous-duraux. — M. CLOVIS VINCENT présente un malade, qui avait été pris de céphalées progressives à la suite d'un traumatisme cranien. La radiographie montrait une ombre allongée en patte de homard de la région frontale à la région occipitale. Une zone très étendue de la dure-mère, épaissie et calcifiée, fut réséquée et remplacée par du fascia lata. L'auteur oppose les formes traumatiques de l'hématome sous-dural, unilatérales et d'évolution rapide, et les formes spontanées, plus lentes dans leur évolution, accompagnées de troubles mentaux importants, et généralement bilatérales.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

MM. ANDRÉ-THOMAS, BARRÉ commentent cette distinction.

M. DE MARTEL vante les greffes d'os stérilisé ou de membrane amniotique.

Les troubles psychiques consécutifs à l'ablation d'un lobe frontal. — M. CLOVIS VINCENT présente deux malades chez lesquelles il a pratiqué, pour tumeurs des lobes frontaux, des ablations étendues du lobe frontal. Chez l'une et chez l'autre, les troubles psychiques avant l'opération étaient du même ordre : confusion mentale, amnésie, gâtisme, euphorie béate, diminution de l'affectivité, gloutonnerie, inertie. Chez les deux malades également, il y avait de gros troubles de la statique, avec hyperextension de la tête et du tronc. Or la première malade a subi, en deux opérations, une exérèse à peu près totale du lobe frontal droit ; elle a fait une légère hémiplégie gauche consécutive, mais il ne reste de celle-ci qu'un signe de Babinski sans trouble moteur. Les troubles de la statique ont disparu et le psychisme est presque normal, malgré une certaine déficience du jugement. La seconde malade, au contraire, a subi une ablation cérébrale un peu moins importante, mais qui a intéressé les deux lobes frontaux. Cette malade a gardé un état psychique tout à fait déficient et de type démentiel. Une troisième malade, non présentée, a évolué comme la précédente. Il semble que ce soit surtout l'ablation de zones symétriques des lobes frontaux, qui entraîne des troubles psychiques importants. Les troubles de la statique ne semblent pas commandés par les lobes frontaux.

MM. DE MARTEL et ALAJOUANINE rappellent un malade qu'ils ont présenté, et qui, à la suite d'une exérèse du lobe frontal, n'avait pas présenté non plus de trouble psychique important, en dehors d'une jovialité anormale.

MM. ALAJOUANINE, ANDRÉ-THOMAS, DE MARTEL sont d'accord avec M. Cl. Vincent pour penser que les troubles de la statique observés dans les tumeurs frontales ne sont pas dues à la lésion frontale elle-même, mais plutôt aux troubles cérébelleux ou bulbo-protubérantiels déterminés par le cône de pression.

Les altérations du nerf phrénique dans la phrénicectomie par arrachement. — MM. J. LHERMITTE, DREYFUS-LE FOYER et J.-O. TRELLES. — Lorsqu'on pratique l'exérèse du phrénique par arrachement, des modifications importantes et curieuses apparaissent dans les fibres soumises à l'étirement. Les cylindres-axes rompus à divers niveaux ont perdu leur morphologie normale. Tronçonnés irrégulièrement, ils présentent des sinuosités, des spires souvent très régulières et serrées. Celles-ci leur confèrent l'aspect de tréponèmes géants. Parfois la rétraction des cylindres-axes aboutit à la formation d'épais cylindres onduleux ou boudinés. En somme, l'élasticité et la rétractilité des cylindres-axes sont telles que ces éléments étirés et rompus vident leurs gaines myéliniques et se ramassent en pelotons.

Il est probable qu'il en est de même dans le segment thoracique du nerf, qui est abandonné après la rupture. Ces lésions expliquent la difficulté extrême de la régénération, et la désorganisation du nerf à un niveau sensiblement plus bas que celui de la rupture macroscopique. Elles expliquent aussi que l'arrachement d'un nerf périphérique retentit beaucoup plus gravement qu'une section franche sur le centre du neurone.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 3 juillet 1934.

Pemphigus congénital chronique. — M. JEAN HALLÉ présente un enfant de trois ans atteint depuis la naissance d'un pemphigus récidivant généralisé avec épidermolyse extrêmement marquée ; il existe une tare syphilitique héréditaire certaine, mais les traitements spécifiques n'ont amené aucune amélioration ; les parents sont issus de cousins germains ; peut-être cette consanguinité joue-t-elle un certain rôle.

L'interférométrie ayant montré un dysfonctionnement parathyroïdien, ovarien et surrénal total, l'auteur se propose d'essayer l'opothérapie dans ce cas de pemphigus chronique ; on ne saurait actuellement en fixer le pronostic.

A quel âge un enfant devient-il droitier? — MM. LESNÉ et PEYCELON, après avoir rappelé que tout enfant est ambimane à la naissance et devient ensuite droitier, les gauchers étant l'exception, indiquent que la différenciation se fait normalement entre neuf et onze mois ; elle peut être soit retardée, soit avancée, selon que certains facteurs pathologiques (myxœdème, lésions cérébrales, maladies infectieuses) la contrarient ou que l'éducation en accélère l'apparition.

Acrodynie récidivante, étude du syndrome vaso-moteur. — MM. WEILL-HALLÉ et B. KLOTZ rapportent l'observation d'un cas d'acrodynie à forme psycho-acro-pathologique apparue au décours des oreillons chez un garçon de treize ans et demi ; l'enfant avait déjà eu une acrodynie à l'âge de sept ans. Il présentait un symptôme insolite : de larges ecchymoses sous-conjonctivales et palpébrales ; le traitement a consisté à faire des injections d'acétylcholine et des irradiations par les rayons ultra-violets ; la guérison a été obtenue.

Etudiant dans ce cas d'acrodynie le syndrome vasomoteur, les auteurs ont constaté un état fonctionnel capillaire notablement perturbé et voisin de celui qu'on observe dans l'acrocyanose. La pression artérielle rétinienne a été trouvée très augmentée au moment de la maladie ; elle est redevenue normale au moment de la convalescence. En ce qui concerne la circulation périphérique, l'indice oscillométrique a été trouvé extrêmement petit aux quatre membres, traduisant une vaso-constriction artérielle notable ; le bain chaud, loin d'augmenter cet indice, a eu pour résultat de le diminuer encore. Au moment de la guérison, l'indice oscillométrique a été trouvé normal et répondant alors correctement aux épreuves du bain chaud et du bain froid.

L'épreuve de Danielopolu a conclu à une hypersympathicotonie notable avec légère hypovagotonie. L'interférométrie n'a pas donné de résultats intéressants.

Un cas de tétanos atténué sans porte d'entrée décelable. — MM. WEILL-HALLÉ et B. KLOTZ ont observé chez un enfant de quatre ans un tableau net de tétanos avec trismus, facies sardonique et contractures généralisées ;

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

la rareté des paroxysmes, l'absence de douleurs, l'état presque normal de la température indiquaient une forme atténuée. Aucune porte d'entrée n'a pu être trouvée au niveau de la peau ou des muqueuses et rien ne permettait d'envisager une porte d'entrée viscérale. La guérison a été rapidement obtenue par la sérothérapie sans anesthésie.

M. APERT a observé chez une grande fille un tétanos à prédominance viscérale sans porte d'entrée décelable ; la mort survint par asphyxie.

M. SCHREIBER rappelle le cas, qu'il a publié récemment, de tétanos sans porte d'entrée observé chez un nourrisson de neuf mois, âge auquel les traumatismes cutanés sont minimes et ne peuvent cependant passer inaperçus ; la guérison fut obtenue à l'aide du sérum associé à de fortes doses de chloral.

M. GUILLEMOT signale les bons effets obtenus dans un cas de tétanos à l'aide du rectanol par la voie rectale.

M. LESNÉ insiste sur le fait que le chloral est un médicament très utile dans le tétanos et qui n'est pas assez employé d'une façon générale en thérapeutique infantile ; les enfants le supportent très bien même à des doses assez élevées, par exemple 4 à 5 grammes par jour à deux ans.

M. WEILL-HALLÉ conseille d'être assez prudent chez le nourrisson.

Erysipèle généralisé chez un nourrisson de deux mois ; abcès résiduels multiples, abcès pharyngo-laryngé du sinus pyriforme, ouverture par voie cervicale, guérison. — MM. ROUÈCHE, MARCEL OMBRÉDANNE et CHAUSSÉ rapportent l'histoire d'un nourrisson de deux mois atteint d'un érysipèle ayant envahi tout le corps et présentant une température élevée pendant quinze jours. Des collections suppurées multiples apparurent, puis de la dysphagie, du cornage et du tirage dus à un abcès de la gouttière pharyngo-laryngée et à une périchondrite laryngée. L'ouverture par la voie cervicale paraissait la seule thérapeutique indiquée ; elle a amené une guérison rapide.

De la prévention des accidents sériques par l'autohémothérapie chez les sujets ayant déjà reçu du sérum. — M. ROBERT (de Clermont-Ferrand).

Péricardite primitive avec épanchement sans endocardite, ni manifestations articulaires ; guérison par le traitement salicylé. — MM. CASSOUTE, P. GIRAUD, MONTUS et TISSOT (de Marseille).

Invagination intestinale chronique par lymphosarcome du grêle, intervention, radiothérapie, survie actuelle d'une année et demie. — MM. CHARLEUX et CUNY (d'Annemasse).

ANDRÉ BOHN.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

NOUVELLES

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. F. Terrien). — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de M. Velter, agrégé, et de M. Renard, ophtalmologiste des hôpitaux, de MM. Veil, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mme Braunn-Vallon, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le vendredi 19 octobre, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Un cours pratique et complet de dermatologie aura lieu du 1er au 27 octobre 1934, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de : M. Hudelo, M. le professeur Joyeux ; MM. Milian, Sézary, Touraine, Sabouraud, Pasteur Vallery-Radot, Guy Laroche, P. Chevallier, Weissenbach, Burnier, Périn, Carteaud, Ragu, Mlle Eliascheff ; MM. Civatte, Ferrand, Fernet.

Le cours aura lieu du lundi 1er octobre au samedi 27 octobre 1934, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 49, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques ; culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme. — Examen des malades et classification dermatologique : M. Gougerot. — Histologie normale et pathologique de la peau : Mlle Eliascheff. — Dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne : M. Ragu. — Gale : M. Milian. — Phtiriase et affections parasitaires : M. Joyeux. — Cocci de la peau. Impétigo. Ecthyma. Pyodermites. Furoncle. Anthrax, Botryomycose : M. Sabouraud. — Tuberculose cutanée. Tuberculides. Erythème induré de Bazin. Sarcoïdes : M. Gougerot. — Lupus tuberculeux : M. Touraine. — Lupus érythémateux. Lupus pernio. Engelures : M. Fernet. — Mycoses. Sporotrichoses. Epidermomycoses : M. Gougerot. — Teigness. Trichophyties. Erythrasma. Microscopie : M. Sabouraud. — Morve. Charbon, Fièvre aphteuse : M. L. Périn. — Les érythèmes : M. Touraine. — Mélanodermies. Dyschromies. Vitiligo : M. Sézary. — Urticaire. Urticaire pigmentaire : M. Pasteur Vallery-Radot. — Eczéma. Purpura : M. Chevallier. — Lèpre : M. Gougerot.

Prurit. Prurigos : M. Hudelo. — Dermatoses atypiques. Infections froides dues aux pyocoques : M. Gougerot. — Xanthélasma. Xanthome. Tophi de la goutte : M. Guy Laroche. — Lichen plan. Herpès. Zona : M. Burnier. — Psoriasis. Pityriasis rosé. Pityriasis rubra pilaire : M. Carteaud. — Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis : M. Civatte. — Complications des plaies. Accidents du travail : M. Gougerot. — Calcinose de la peau. Acrodermatites : M. Weissenbach. — Séborrhée. Alopécies. Pelade : M. Sabouraud. — Pityriasis simplex et stéatoïde. Eczématides : M. Sabouraud. — Radiolicotes, xéroderma pigmentosum, pellagre : M. Gougerot. — Maladie de Dühring-Brocq. Pemphigus : M. Carteaud. — Ichytoses. Kératoses palmo-plantaires. Kératose pilaire : M. Chevallier. — Erythrodermies. Ulcères de jambes. Mal perforant : M. Carteaud. — Sclérodermie. Maladie de Raynaud : M. Burnier. — Tumeurs de la peau. Nævi. Chéloïdes : M. Milian. — Mycosis fongoïde. Leucémides. Maladie de Hodgkin : M. Touraine. — Histologie des tumeurs de la peau : M. Ferrand. — Dermo-épidermites streptostaphylococciques : M. Gougerot. — Atrophies cutanées : M. Fernet.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. — Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 29 octobre au 24 novembre 1934 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 26 novembre au 20 décembre 1934.

Le droit à verser est de 400 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier (hôpital Saint-Louis, dispensaire de la Faculté).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Travaux pratiques de physique. — *Série supplémentaire.* Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu à partir du mercredi 3 octobre 1934.

A cette série pourront s'inscrire :

1o Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2o Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique, avant la session d'examens du mois de novembre 1934.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Histologie. — Un cours pratique d'enseignement spécial de la technique histologique élémentaire, destiné aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique, sera fait, sous la direction de M. Champy, professeur, du 1er au 20 octobre 1934.

Programme. — Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Zenker-Regaud-Alcool). — Méthodes d'inclusion : celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthode de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. — Colorations simples : hématéine-éosine ; Weigert-Van Gieson-Curtis. — Colorations aux couleurs d'aniline. — Colorations spéciales du tissu conjonctif,

LESIONS MUSCULAIRES, ARTICULAIRES, TENDINEUSES

DANS le traitement des lésions de cette nature, on admet généralement que l'effort thérapeutique doit s'inspirer des considérations ci-après:

1° *Soulagement de la souffrance*
2° *Moyens de réparation*
3° *Restauration de la fonction*



L'ANTIPHLOGISTINE

en exerçant son influence de chaleur humide, est un analgésique; par sa plasticité elle procure un sommeil reposant; à cause de son pouvoir osmotique elle réduit l'épanchement et absorbe les exsudats. Jointe à des exercices modérés, en vue de rétablir la fonction, cette action de l'Antiphlogistine constitue le cycle rationnel sur lequel s'appuie la thérapeutique moderne des lésions musculaires, articulaires et tendineuses.

Echantillon et littérature sur demande:

LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE

Saint-Maur-des-Fossés (près Paris)

The Denver Chemical Mfg Co., New-York (Etats-Unis)

L'Antiphlogistine est fabriquée en France

NOUVELLES (*Suite*)

picro-bleu. — Colorations de fibres élastiques. — Colorations cytologiques : hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes speciales pour la graisse et les lipoïdes. — Méthodes pour le glycogène. — Colorations vitales (rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus). — Etude du sang : Hématimétrie. Centrifugation-numération. Coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : methode de Golg ; méthode de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. —Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation. Ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques methodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 1er octobre jusqu'au 20 octobre 1934.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4).

Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 francs.

Quinzaine de revision clinique et technique sur les maladies digestives (Cours de vacances. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. Paul Carnot). — Tous les matins, du lundi 1er octobre au samedi 13 octobre 1934.

Programme du cours. — *a*. De 9 h. 30 à 10 h. 30 : Présentations et examens individuels de malades digestifs et hépatiques. — Examens radioscopiques et interprétations de clichés. — Techniques d'examens de laboratoire.

b. De 10 h. 30 à 11 h. 30 : Mise au point de questions d'actualité en gastro-entéro-hépatologie par le professeur Carnot ; MM. Henri Bénard, Cjabrol et Harvier, agrégés ; MM. Bariéty, Boltanski, P. Jacquet, A. Lambling, N. Péron et J. Rachet, médecins des hôpitaux ; les chefs de clinique, de laboratoire, de radiologie et de physiothérapie de la clinique.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 250 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versements sont délivrés, au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundi mercredi et vendredi de 14 à 16 heures.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1934 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

Diplome. — A la fin des cours de la session les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Robert Debré.

Ophtalmologie. — Professeur : M. Terrien.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. Camus, Lemierre, Bouffard, Neveu-Lemaire, Tanon, Pozerski.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lenormant.

Règlements sanitaires : Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs ; droits de laboratoires

NOUVELLES *(Suite)*

(pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) à partir de 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Roumanie. — Le projet de la création d'une Académie nationale de médecine à Bucarest, tel qu'il fut conçu par le professeur DANIELOPOLU, membre de l'Académie de Paris, devient bientôt une réalité. En effet, cette question admise en principe est actuellement en étude et sera soumise aux débats du Parlement. Le but de cette fondation sera de stimuler le progrès scientifique médical et biologique et d'organiser la santé sociale et l'enseignement médico-pharmaceutique chez nous dans les cadres des besoins nouveaux du pays.

Du point de vue de l'organisation interne de cette Académie, tout est copié d'après l'Académie de médecine de Paris.

— Dans l'hôpital « Caritas-Nouvelle-Maternité » de Bucarest, dans le service chirurgical de M. le Dr Gottlieb, chirurgien des hôpitaux, fonctionne depuis bientôt quatre ans un Institut pour la « Transfusion de sang d'urgence », dont l'organisation est exactement comme à Paris. L'Institut a toutes les possibilités de répondre en permanence aux appels des confrères de la ville, pour une transfusion de sang. Les donneurs sont recrutés et examinés périodiquement selon les mêmes critériums qu'à Paris ; on insiste peut-être plus sur le dépistage des toxicomanies des donneurs de sang. Au bureau du centre il y a comme à Paris une liste à jour des transfuseurs et des donneurs. Grâce au concours que la ville donnera à cette institution qui s'est montrée si utile en réalisations, nous aurons en peu de temps une organisation qui pourra être à la hauteur de sa sœur aînée de Paris.

— Au cours du mois de novembre 1934, aura lieu le premier Congrès national roumain de radiologie et électricité médicale à Bucarest. En effet, cette société va fêter dix ans d'existence. Les questions posées sont : La cholécystographie (MM. Lazeanu, Christide et Pavel) ; Le radiodiagnostic de la tuberculose intrathoracale chez l'enfant (MM. Meller, Burileanu) ; La radiothérapie du cancer du sein (MM. Negru et Severeanu), et enfin, L'actinothérapie de l'érysipèle (MM. Ionesco et Popesco).

— Par suite de la retraite du professeur Obregia, la chaire de psychiatrie de la Faculté de médecine de Bucarest a été confiée à M. le professeur P. Tomesco, directeur de la *Romania Médicala*, publication bi-mensuelle bien connue dans les pays de langue française.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

2 SEPTEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Réouverture de la bibliothèque les mardis, jeudis, vendredis de 13 à 17 heures.

3 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique : ouverture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

3 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours des prix de l'Externat.

3 au 5 SEPTEMBRE. — *Chamonix.* Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports.

10 SEPTEMBRE. — *Alger.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un chirurgien adjoint de l'hôpital d'Aïn-Temouchen.

10 au 15 SEPTEMBRE. — *Venise.* 1er congrès international d'élec- tro-radio-biologie.

12 SEPTEMBRE. — Départ de la croisière de la Méditerranée.

15 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

16 SEPTEMBRE. — *Besançon.* Ouverture du cours de vacances d'anatomie.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broca. Ouverture d'un cours de vacances de gynécologie, par M. E. DOUAY.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Ouverture d'un cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique par M. le professeur OMBRÉDANNE.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier, professeur M. BRINDEAU.

17 SEPTEMBRE. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine de Tours.

19 SEPTEMBRE. — *Villes d'académie* Dernier délai d'inscriptions pour un concours d'agrégation au deuxième degré.

20 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

CRÉNOTHÉRAPIE SOCIALE

VERS L'ORGANISATION TECHNIQUE DU THERMO-CLIMATISME SOCIAL FRANÇAIS

Par Pierre de REVEILHE

A l'occasion de l'ouverture annuelle du camp thermal de Luchon qui abrite, dès aujourd'hui, 182 enfants venus, non seulement de Paris, mais encore de tous les coins de notre France, le Dr Molinéry, directeur des établissements thermaux de Luchon et l'un des créateurs des camps thermaux de France, a réuni, dans les salons de la direction, sous la présidence de M. le sénateur Jean Durand, ancien ministre, MM. les députés Camboulive, Planche, Mitton, Berthezène, M. Coutenceau, sous-préfet de Saint-Gaudens ; M. Lionel Nastorg, avocat à la Cour d'appel de Paris et vice-président du conseil municipal; M. le professeur Santhenoise, médecin inspecteur général des services d'hygiène auprès du ministère de l'Intérieur ; M. le Dr Piquet, directeur des services d'hygiène du département de Constantine, et M. le Dr Dausset, directeur du service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris et président de l'Entr'aide sociale aux rhumatisants.

M. le ministre Jean Durand, après avoir ouvert la séance, prie M. Molinéry de vouloir bien exposer la question et indique à ses collègues comment l'organisation sociale du thermo-climatisme français n'est autre que l'*utilisation des stations thermales sur le plan de la médecine préventive, de l'hygiène sociale et de la médecine sociale.*

Le ministre, ayant ainsi très nettement défini quel allait être l'objet de la discussion, donne la parole au Dr Molinéry. Celui-ci expose très brièvement : 1° *que l'enfant est le grand justiciable de nos stations thermales*, car *l'eau minérale est*, par excellence, *avec le climat, la médication* — en profondeur — *de la diathèse, du terrain, dans la constitution héréditaire.*

Après avoir rappelé la création de l'œuvre admirable des colonies de vacances et, en particulier, la création de l'œuvre si vivante des Petits Toulousains aux Pyrénées, le rapporteur définit les *camps thermaux:* des colonies de vacances organisées au sein des stations thermales et climatiques, *permettant de joindre*, au bénéfice de la liberté, de l'air, du soleil, *le bénéfice du thermo-climatisme.*

A cet exposé, le Dr Molinéry associe les noms du Dr Dequidt, médecin inspecteur général des services d'hygiène au ministère de l'Intérieur et président de l'œuvre générale des colonies de vacances en France, et du commandant Fabre, administrateur des camps de vacances.

Rappelant l'intervention, à la Chambre des députés, de M. Hippolyte Ducos, intervention qui est relatée au *Journal officiel*, 1931-1932, M. Molinéry désire rendre hommage à Me Lionel Nastorg qui, tout récemment, en juin dernier, a fait voter, à l'unanimité, par le conseil municipal de Paris, l'essai des camps thermaux, suivant la technique qui a été proposée par le Dr Molinéry.

Passant ensuite à l'*adulte, assuré social*, le rapporteur expose comment il comprend le mode d'hébergement et le mode de traitement des assurés sociaux, grâce à des conventions que les villes thermales pourraient passer avec les directeurs des caisses et des syndicats médicaux.

Les bénéficiaires de la loi sur les accidents de travail, loi de 98 modifiée en 1906, doivent être comptés parmi ceux que l'on doit diriger vers les stations thermales et climatiques, « *ces usines naturelles de réparation de l'outillage humain* » (Gaston Gérard).

Enfin, le rapporteur expose, comme il l'a déjà fait à maintes reprises, que l'article 64 de la loi des pensions pour les malades et blessés de guerre est tout à fait incomplet, et il appelle en particulier l'attention de M. le député Planche sur l'effort qu'il y aurait à faire pour permettre, enfin, à tous ceux qui en sont justiciables, l'accès des stations spécialisées en vue du traitement de leur état de maladie.

M. Molinéry expose très rapidement quelles sont les dépenses à envisager pour chacune des catégories de malades dont il vient d'être question : *l'enfant, l'adulte, l'assuré social, les accidents du travail* et, enfin, *les pensionnés de guerre.*

Discussion.

M. le ministre Jean Durand donne alors la parole à M. le Dr Henri Dausset. Celui-ci, qui a créé à Paris une vaste association d'entr'aide aux rhumatisants, montre combien cette affection, si coûteuse pour la société, peut être transformée par les agents physiques et, en particulier, par les eaux minérales.

Le Dr Henri Dausset porte à la connaissance de la commission que l'U. R. S. S. a fait, dans ce sens, un effort considérable et a organisé les stations du Caucase pour ses ouvriers. Des équipes « militarisées » de malades sont, ainsi, dirigées sur telle ou telle station, sont hébergées dans des meublés bâtis ou réquisitionnés. L'U. R. S. S. a ainsi calculé qu'un très grand nombre de journées d'hôpital, fort coûteuses, sont supprimées par le traitement des rhumatisants aux eaux minérales.

M. le Dr Camboulive, député du Tarn, après avoir approuvé les grandes lignes du projet

CRÉNOTHÉRAPIE SOCIALE *(Suite)*

défendu par le Dr Molinéry, montre combien il est intéressant, pour les assurances sociales, d'organiser, *techniquement parlant*, le thermo-climatisme social. En effet, il appartient aux caisses de sélectionner les malades ou les blessés qui relèvent de telle ou telle station et de les diriger vers cette station dans des conditions d'hébergement à discuter, sans doute, mais à organiser sans délai.

A ce propos, M. le professeur Santhenoise, inspecteur général des services d'hygiène au ministère de l'Intérieur, développe tout un plan d'organisation thermale, dont l'hôpital thermal, ou plus exactement, *la maison municipale thermale sera le pivot :* équipement de 15 à 20 hôpitaux thermaux, suivant un plan déterminé, comprenant surtout des chambres de un à deux lits et des dortoirs, au maximum, de quatre ou six lits.

La Chambre d'industrie thermale, se rappelant les premiers considérants de la loi de 1919, créant la taxe de séjour et en stipulant l'emploi, devrait être appelée à *coopérer avec les caisses interdépartementales* pour en arriver, si possible, à un type commun de mode d'hébergement qui serait, ainsi, des plus favorable aux caisses et aux malades, d'autant que les assurés sociaux, les justiciables de la loi des pensions (article 64), les blessés du travail (loi de 98 modifiée en 1906) pourraient, ainsi, être traités.

M. le député Planche insiste en particulier sur l'extension de l'article 64, car, dit-il, cet article est par trop limitatif, en ce qui concerne les malades et blessés de guerre à qui l'esprit de la loi *veut accorder la totalité des soins médicaux et pharmaceutiques, donc thermaux.*

M. le député Camboulive craint qu'il n'y ait un conflit entre le syndicat des médecins et les médecins militaires si, dans les stations qui ne possèdent pas d'hôpital thermal, la septième direction détache des médecins militaires en exercice ou nomme des médecins conventionnés.

En tout cas, M. Camboulive pense qu'après une étude serrée du problème il est possible de signer des contrats collectifs qui permettraient, pour le plus grand bien de tous, l'organisation préconisée par le Dr Molinéry.

M. le député Mitton se rallie aux propositions qui viennent ainsi d'être exposées et le Dr Piquet, directeur des services d'hygiène du département de Constantine, insiste sur ce fait que des hôpitaux militaires ont été désaffectés en Algérie pour être utilisés par la population civile.

M. Contenceau, sous-préfet, rappelle les vœux qui ont été adoptés à l'unanimité par le Congrès des anciens combattants qui se tint l'année dernière à Luchon, et insiste à nouveau sur l'extension de l'article 64 aux stations thermales.

M. le député Berthezène, qui a été l'initiateur avisé de cette réunion médico-parlementaire, demande à M. le sénateur Jean Durand et à ses collègues de la Chambre des députés, de vouloir bien, chacun en ce qui le concerne, dans leurs diverses commissions, prendre en mains la réalisation du problème, d'autant que la situation économique générale oblige chacun de nous à réaliser, dans le plus bref délai possible, l'organisation de la santé publique.

Le thermo-climatisme social français doit être, pour chacun des membres du Parlement, l'une des préoccupations primordiales de leur mandat puisque, dit-il, comme vient de le démontrer le Dr Molinéry, *le médicament thermal, comme le médicament climatique, modifie, chez l'enfant, diathèse et terrain et, par ces faits, développe la prophylaxie des maladies constitutionnelles.*

M. le sénateur de l'Aude, Jean Durand, ancien ministre, résume en quelques mots l'ensemble de la discussion et se plaît à féliciter, au nom de tous ses collègues, celui qui, à Luchon, avec une volonté indéfectible, a poursuivi, envers et contre tout, le développement de l'organisation technique du thermo-climatisme social français.

REVUE DES CONGRÈS

COMPTE RENDU DU VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Paris, 9, 10 et 11 juillet 1934.

DISCUSSION.

MM. P. ROHMER, F. VLÈS, Mlle GROSSMANN et E. SCHNEEGANS (Strasbourg), rapportent leurs observations sur le comportement de nourrissons malades en état de connexion électrique avec le sol, et rappellent quelques recherches antérieures sur ce problème effectuées sur des plantes, des animaux et le nourrisson sain par Vlès et son école.

Les expériences faites à la Clinique infantile de Strasbourg montrent que les conditions électriques exercent une action indubitable sur la croissance et peut-être aussi sur le comportement pathologique du nourrisson. Les auteurs citent quelques exemples d'enfants eczémateux, spasmophiles et hypothrepsiques, chez lesquels la croissance pondérale est nettement plus grande pendant l'état de connexion au sol que pendant l'état d'isolement électrique. Les rachitiques présentaient le phénomène opposé. Pendant la connexion au sol, il y avait une plus grande disposition des enfants aux infections et aux diarrhées.

Ces recherches préliminaires en appellent d'autres qui peut-être permettront d'établir les bases d'une pathologie électrobiologique du nourrisson.

MM. P. ROHMER, N. BEZSSONOFF, Mlle SANDERS et E. STOERR (Strasbourg) rapportent leurs études sur les *variations saisonnières de la teneur du lait en vitamines C.* Avec la méthode colorimétrique du dosage de la vitamine C par le réactif de Bezssonoff, il a été constaté sur trois laits de provenance différente, qui ont été titrés bi-hebdomadairement, que la teneur du lait en vitamine C baisse brusquement en novembre, se maintient à ce niveau bas pendant tout l'hiver et monte rapidement en avril pour rester à ce niveau supérieur pendant le printemps et l'été. Ces variations se font indépendamment de la teneur en vitamine C de la nourriture des vaches ; ces dernières étaient à un régime scorbutigène, au moment de la montée de la vitamine C, en avril. Pour interpréter ce phénomène, les auteurs pensent à une influence hormonale, peut-être activée par l'action indirecte du rayonnement solaire, ou du cycle annuel du fonctionnement physiologique de l'organisme.

Du point de vue pratique, il est à retenir que la teneur du lait en vitamine C ne dépend pas de l'apport de nourriture fraîche et, en général, de la présence de vitamine C dans la nourriture des vaches.

MM. LESNÉ et BUDAI présentent des statistiques de morbidité et de mortalité de maladies infectieuses déclarées dans la région parisienne depuis vingt-huit ans. Sur ces courbes se trouvent inscrits une série de documents météorocosmiques : taches solaires, état magnétique, barométrique, thermométrique, hygrométrique, jours de pluie, etc.

La plupart des maladies infectieuses sont hiberno-vernales : affections respiratoires, rougeole, scarlatine, diphtérie; parmi celles-ci, les unes sont surtout hivernales, tels la diphtérie, le lupus érythémateux, l'érythème induré de Bazin. Les autres, plus particulièrement vernales : pneumonie, rougeole, scarlatine, méningites aiguë et tuberculeuse ; d'autres sont estivales ou estivo-automnales : infections gastro-intestinales, poliomyélite, pellagre, hydroa vacciniforme de Bazin, pityriasis rosé de Gibert; les lésions cutanées sont du reste plus intenses dans les pays chauds. D'après la température, il y a avance ou retard d'apparition des maladies sur le calendrier. Il est quelques maladies à type bisaisonnier avec poussée principale au printemps et moindre en automne (chorée, érythème noueux et polymorphe, méningites tuberculeuses).

En dehors des cycles d'apparition qui paraissent en rapport avec les saisons, il est bien difficile d'incriminer plus particulièrement tel facteur météréologique : humidité, pression barométrique, température, influence lunaire, rôle des périhélies. Au sujet des taches solaires on ne peut conclure, et cependant certaines épidémies européennes importantes de scarlatine coïncidaient avec une intensité particulière de taches solaires (1928).

Comment expliquer l'influence saisonnière sur l'apparition des maladies infectieuses ? Y a-t-il modifications de la virulence microbienne ou des moyens de défense des sujets ? Ces deux ordres de causes doivent se superposer. Les maladies hiberno-vernales sont de beaucoup les plus fréquentes ; en dehors de la carence solaire hivernale, on peut incriminer la qualité différente des aliments consommés l'hiver, la toxicité plus grande de l'albumine de l'œuf au printemps et puis les modifications des composants chimiques des viscères (diminution de la réserve glycogénique du foie et de la quantité d'iode de la thyroïde au printemps).

A propos de l'influence du chaud et du froid sur la résistance de l'individu, les auteurs rappellent les expériences de Lesné et de Lucien Dreyfus qui, en 1908, ont montré que cobayes et grenouilles, souris, deviennent infiniment plus sensibles à l'injection d'abrine ou de toxine tétanique lorsqu'ils ont été chauffés et que le refroidissement de souris inoculées avec du pneumocoque abrége leur existence.

Il y a en météoropathologie une série de problèmes complexes dont la solution exige encore de nombreuses recherches.

M. ALBÉRIC BOUDRY (de La Bourboule) analyse les influences climatologiques et les variations météorologiques sur l'organisme de l'enfant, le rôle en particulier de l'humidité atmosphérique.

L'auteur attribue à celle-ci un rôle déterminant sur les réactions organiques de l'enfant : l'humidité atmosphérique utile à l'organisme est celle dont la tension est réglée par l'excellent filtrage que constituent les terres imperméables.

M. JAUBERT (Hyères), souligne les différences entre le climat marin de l'Océan et celui de la Méditerranée. Il insiste sur l'action indubitable de la *durée d'insolation* et sur l'intérêt que présente pour les enfants débiles et délicats la succession d'une cure à la mer et à la montagne.

M. GAUTIER (Genève) montre que des périodes d'égale chaleur n'entraînent pas des troubles pathologiques de même ordre. Certains facteurs que nous ignorons interviennent donc également. L'élément individuel est très important d'ailleurs. Certains enfants bénéficient de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

telle cure : solaire, marine, d'altitude ; d'autres, non.

M. LEREBOULLET (Paris), à propos du coup de chaleur du nourrisson, signale que, selon son expérience des dernières années aux Enfants-Malades, c'est plus à l'apparition des premières chaleurs qu'en plein été qu'il observe dans les nourriceries des coups de chaleur. C'est la déshydratation qui ouvre la scène clinique. On note d'abord une « dystrophie hydrique » avec chute de poids, puis des troubles digestifs. Il peut être d'ailleurs difficile de faire la part respective de l'action de la chaleur et de celle de l'infection intestinale secondaire.

Il est très important, dans les agglomérations de nourrissons, de se préoccuper de l'influence des variations climatiques. La pouponnière d'Antony, dont l'installation a été peu à peu perfectionnée par l'Assistance publique, est devenue non seulement un centre d'adaptation à l'allaitement artificiel, mais un centre d'adaptation climatique.

M. DE CHABANOLLE (Chamonix) a étudié pendant cinq ans l'influence des facteurs météorologiques sur les enfants convalescents et il a pu constater que les sujets les plus météorolabiles sont les neuro-arthritiques.

M. GEORGES SCHREIBER (Paris), montre une série de graphiques qui établissent nettement que la *poliomyélite épidémique* est une maladie d'été à maximum en août et septembre. A cet égard, la poliomyélite est à ranger à côté du groupe des infections à point de départ intestinal.

La raison de cette recrudescence estivale de la poliomyélite incite à envisager la possibilité d'une contagion par ingestion et d'une transmission par certains aliments. Comme faits à l'appui de cette hypothèse, on peut citer une observation d'Eichelberg se rapportant à deux enfants atteints de maladie de Heine-Médin et contaminés par leur mère ayant tenu dans ses bras un enfant pris de vomissements à la période d'invasion d'une poliomyélite ; une observation de Wichman concernant huit personnes atteintes de maladie de Heine-Médin, dont quatre contaminés le même jour, et qui toutes buvaient le lait d'une même ferme. Ces faits ne permettent d'ailleurs pas de conclusions précises.

M. LOUIS VASSAL (Charleville) estime que la météoropathologie doit être analytique et chercher des concordances dans toute la nature vivante : chez l'homme, dans les espèces animales, chez les végétaux. Elle doit lier étroitement l'observation de ses résultats à la chronologie.

M. BAUZA (de Montevideo) pense qu'il est impossible de méconnaître l'influence de la météorologie sur les maladies de l'enfance. Il rappelle les travaux de Morquio ayant trait à l'influence des vents sur le métabolisme de l'eau et l'existence en Uruguay d'un syndrome du « vent du Nord » en tous points comparable au syndrome du « vent du Midi » des auteurs lyonnais.

M. PÉCHÈRE (de Bruxelles) insiste sur les mérites qu'ont eus les rapporteurs à établir les rapports qui unissent les phénomènes pathologiques et les conditions atmosphériques. Il n'admet cependant pas toutes les interprétations qui ont été proposées et signale la multiplicité des facteurs qui interviennent pour créer un climat. Il rappelle qu'il a observé chez des enfants vivant au bord de l'eau de la tachycardie et de la dyspnée, et qu'il suffit de transporter ces enfants à 500 mètres dans l'intérieur des terres pour voir disparaître ces accidents. Il insiste enfin sur la nécessité qu'il y a de régler minutieusement la vie des enfants qu'on envoie au bord de la mer. C'est le meilleur moyen de pallier à certains inconvénients difficiles à prévoir dans chaque cas particulier.

M. EXCHAQUET (de Lausanne) signale que la stagnation de l'air est une des causes du coup de chaleur du nourrisson. Le froid lui a, d'autre part, paru jouer un rôle certain en pathologie infantile : il n'a pas trouvé d'autre cause qu'un refroidissement très modéré pour expliquer une différence de croissance entre deux jumeaux jusque-là superposables en tous points. Il a enfin remarqué que les nourrissons atteints de troubles dyspeptiques se pigmentaient moins facilement que les autres.

MM. CRUCHET et CANTORNÉ analysent la pathogénie du coup de chaleur, et pensent que le phénomène primitif est le syndrome de déshydratation par diminution de l'état hygrométrique surtout, et la réaction thermique un phénomène secondaire. Le coup de chaleur se rapprocherait ainsi de la déshydratation par exsiccose que l'on rencontre dans les fièvres causées par le lait sec, le régime concentré en sel, la soif, etc.

Le moyen pratique est de soumettre toutes les crèches à un régime de température constante. Depuis que la crèche de Bordeaux a été réorganisée dans ce sens, en 1931, il n'y a plus eu à y déplorer de coup de chaleur.

M. JEAN HALLÉ (de Paris) montre les heureux effets de la cure de La Bourboule sur l'asthme et développe une série d'intéressantes remarques sur le rôle des saisons dans certaines dermatoses infantiles, notamment l'eczéma séborrhéique, l'érythème induré de Bazin.

Il attire l'attention sur l'aménorrhée fréquente chez les fillettes après un séjour à la mer, sur la récidive à la mer de l'énurésie nocturne, sur le rôle du « premier soleil » en avril occasionnant des cas de coup de chaleur ; sur l'intérêt de soigner les enfants fiévreux dans de grandes chambres ou dans une pièce vaste bien aérée (le salon par exemple).

M. ÉDOUARD PICHON (de Paris) rappelle le rôle du froid dans la genèse du sclérème des nouveau-nés, sur l'œdème algique du nourrisson ; il signale l'influence des temps chauds et orageux nocifs chez les porteurs de cardiopathies rhumatismales.

Il se demande si les climats marins avec ou sans marées (Méditerranée) n'ont pas des caractéristiques propres. Il croit que la méningite tuberculeuse offre dans sa courbe deux sommets annuels ; il en rapproche le rhumatisme articulaire aigu avec maximum en novembre et de mars à mai.

MM. WILLY, SCHWARZ et FACHINI (de Milan) relatent un travail très documenté sur les influences météorologiques sur l'épidémicité et la morbidité par diphtérie et montrent de nombreuses courbes des grandes villes du monde entier offrant des oscillations assez superposables.

Les maxima d'humidité et les facteurs hydriques de crues des eaux seraient les plus susceptibles d'être rapprochés de ces épidémies.

M. BEUTTER (de Saint-Étienne) a pu observer les effets de climats différents sur un même groupe d'enfants. Les meilleurs résultats ont été obtenus à la mer que peu

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'enfants ont mal supportée. Mais dans ce cas intervenaient aussi une amélioration nette des conditions matérielles d'existence.

Il a remarqué, d'autre part, une recrudescence de l'acro dynie en mai et juin et a noté une influence climatique nette sur les vomissements acétonémiques.

M. JAUBERT estime que le climat méditerranéen est foncièrement différent du climat océanique et n'influe pas défavorablement certaines formes de tuberculose non pulmonaire.

M. CATHALA croit que l'ambiance influe aussi bien sur le germe que sur le terrain. Le pneumocoque a une virulence variable suivant les saisons (Netter) et il est impossible à certaines dates de réussir des inoculations avec du virus poliomyélitique. Or les microbes sont des végétaux sur lesquels influe certainement la lumière solaire.

Il lui semble, d'autre part, que le changement de climat influe plus qu'un climat déterminé, et il dissocie l'action du climat sur les processus de développement somatique, qui lui paraît certaine, de celle sur les processus de défense anti-infectieuse, qui lui paraît aléatoire.

M. RIBADEAU-DUMAS montre que certains enfants nerveux sont alcalosiques : ceux-là se trouveront bien de la mer. Les autres, nerveux par tare héréditaire, se trouveront mieux de la montagne.

M. MARFAN pense que la plupart des enfants tolèrent la mer à condition d'être soumis à une hygiène précise et de ne pas être surmenés physiquement. Les eczémateux se trouvent par contre fort bien de la haute montagne. Enfin il ne lui semble pas que le climat marin favorise le développement de la poliomyélite ou des entérocolites.

VŒUX

M. JULIEN HUBER (de Paris) dépose le vœu suivant en conclusion des débats sur l'influence de la météorologie sur la santé des enfants :

« Les membres du VIII[e] Congrès des pédiatres de langue française, après avoir entendu l'exposé et la discussion des rapports du professeur Mouriquand (de Lyon), du Dr Woringer (de Strasbourg) et du Dr Armand-Delille (de Paris) concernant les influences météorologiques sur la santé des enfants, émettent le vœu suivant :

« Que les Pouvoirs publics, en l'espèce le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé publique, mettent sans délai à l'étude les questions médico-pédagogiques dont les travaux du Congrès ont souligné l'urgence et particulièrement la question des modifications des horaires des études dans les régions où les enfants peuvent bénéficier des facteurs climatiques (mer ou altitude), et, d'autre part, la question de la création de collèges ou lycées dans les régions maritimes ou montagneuses où les horaires seraient établis en tenant compte des nécessités de la santé des enfants. »

Ce vœu a été pris en considération à l'unanimité et

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

transmis à une commission de la Société de pédiatrie pour être mis à l'étude.

M. le Dr G. Schreiber (de Paris) demande l'adjonction des données suivantes :

« Que, dans les grandes villes, les enfants enfermés dans les classes, notamment l'hiver, lors des heures d'ensoleillement, particulièrement dans les classes primaires et élémentaires, n'aient qu'une demi-journée de classe obligatoire, l'après-midi étant facultative et consacrée à des sorties, à des jeux de plein air. »

Ce vœu est joint au précédent pour être étudié.

Troisième question.

Pathologie des vestiges omphalo-mésentériques chez l'enfant.

Rapport par MM. Fèvre et Semelaigne.

Les rapporteurs se sont donné comme tâche essentielle de sélectionner les faits qui, par leur importance clinique et pratique, intéressent spécialement le pédiatre.

Ils insistent d'emblée sur la nécessité d'un diagnostic précoce, en raison des nombreux désastres consécutifs à une erreur de diagnostic ou à un retard dans la décision opératoire. Ils soulignent également la fréquence relative de ces faits, puisque 16 accidents meckéliens ont été observés en six ans dans le seul service du professeur Ombrédanne.

Avant de passer à l'étude clinique de ces accidents, ils rappellent brièvement l'anatomie et l'embryologie du diverticule de Meckel, sans lesquelles il est impossible de comprendre la classification des accidents. Ils insistent un peu plus longuement sur l'histologie, car les hétérotypies de la muqueuse diverticulaire, qui prend le type gastrique ou duodénal, et la présence dans la paroi d'îlots pancréatiques aberrants ont une grosse importance dans la pathogénie des accidents.

I. L'ulcère du diverticule de Meckel. — « Par ses hémorragies intestinales, par les perforations qu'il détermine, l'ulcère diverticulaire réalise pour le pédiatre l'affection la plus intéressante et peut-être la plus fréquente de ce diverticule. » (Fèvre et Semelaigne.)

Si la description initiale de cet ulcère remonte à 1903, ce n'est, en réalité, que depuis ces dernières années que les observations se sont multipliées, au point que Mondor et Lamy ont pu rassembler 91 cas frappant avec prédilection les sujets jeunes, et particulièrement les garçons.

Au point de vue anatomo-pathologique, cet ulcère siège à la jonction de l'intestin et du diverticule, là où la muqueuse intestinale se trouve brusquement remplacée par la muqueuse hétérotypique diverticulaire de type gastrique ou duodénal. Il est possible de déduire de cette constatation anatomique une hypothèse pathogénique : l'ulcère meckélien résulte vraisemblablement, comme l'ulcère peptique du jéjunum, de la digestion de la paroi intestinale par le suc gastrique dont la virulence a été soudain exaltée.

Cet ulcère est souvent perforé à sa base ; la perte de

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

substance, en général petite et arrondie, rappelle beaucoup celle d'un ulcus gastro-duodénal.

Cet ulcère meckélien se présente *en clinique* sous deux aspects fondamentaux.

La *forme hémorragique*, de beaucoup la plus fréquente, a été mise en lumière par Mondor. Son symptôme prédominant est évidemment une hémorragie d'abondance variable, rarement unique, mais se renouvelant le plus souvent par crises durant trois à quatre jours, puis cessant pour réapparaître après une phase de latence de durée variant entre quelques jours et plusieurs mois. Elle est donc en tous points comparable à l'hémorragie de l'ulcère duodénal.

A cette hémorragie peuvent s'ajouter des douleurs, qui font d'ailleurs rarement défaut, et revêtent tous les degrés d'intensité depuis la simple colite jusqu'à la crise douloureuse atroce. Elles vont de pair avec l'hémorragie ou apparaissent pendant les phases de latence. A titre accessoire, on a signalé les troubles intestinaux, les vomissements.

L'examen physique pourra révéler l'existence de malformations ombilicales qui sont de la plus haute importance pour le diagnostic. Il est plus rare de réveiller par la palpation une douleur précise, de constater un certain degré de résistance de la paroi ou de percevoir dans la profondeur une petite tumeur correspondant au diverticule entouré d'adhérences.

L'examen radiologique a surtout une valeur négative.

La *perforation* est l'aboutissant logique de l'ulcère meckélien. Elle se fait ordinairement en péritoine libre et donne le tableau classique de la péritonite aiguë généralisée. Il faut se borner à poser l'indication opératoire et c'est au cours de l'intervention que sera reconnue la perforation meckélienne.

La perforation en péritoine cloisonné est beaucoup plus rare, de même que la perforation couverte. Il est d'ailleurs de règle de voir les adhérences ou la couverture se rompre et la péritonite se généraliser : on se trouve alors, après une accalmie plus ou moins longue, dans l'éventualité précédente.

Le *diagnostic* de l'ulcère meckélien est souvent très difficile. Dans les premiers jours de la vie, il ne se poserait guère qu'avec le mélæna du nouveau-né. Ultérieurement, il pourra prêter à confusion avec toutes les affections susceptibles de provoquer une hémorragie intestinale.

Parmi celles ci, il est facile d'éliminer les hémorragies typhiques, les hémorragies du purpura abdominal ou des formes frustes de l'hémogénie. Un examen complet du malade, la recherche des temps de saignement ou de coagulation, permettront de faire un diagnostic exact. Mais il est difficile, sinon impossible, d'éliminer par la clinique une invagination intestinale chronique, un ulcère gastrique ou duodénal, une tumeur de l'intestin, hormis les cas où le toucher rectal permet de sentir un polype. Dans ces cas, la laparotomie exploratrice amplement justifiée permettra seule d'affirmer le diagnostic.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Le *pronostic* de l'ulcère meckélien est toujours sévère : il se termine presque toujours par la mort qui peut être le fait d'une hémorragie abondante ou d'une perforation. Comme ces accidents sont imprévisibles, le *traitement* de choix consiste dans la résection du diverticule, aussitôt le diagnostic posé.

II. **Les diverticulites.** — La diverticulite est l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique du diverticule de Meckel. C'est une infection infiniment plus rare qu'on ne pensait il y a quelque temps, et il semble que nombre de ces diverticulites ne sont en réalité que des ulcères décapités de leur signe primordial, l'hémorragie.

Son histoire se confond en tous points avec celle de l'appendicite : seule l'intervention peut donner la clef du diagnostic, et il est formellement indiqué de penser à la diverticulite et d'explorer l'intestin chaque fois que l'aspect de l'appendice n'explique pas formellement le syndrome clinique ou ne justifie pas les lésions abdominales rencontrées.

III. **Les occlusions intestinales par diverticule de Meckel.** — Cette variété d'occlusion est bien connue des chirurgiens d'enfants à cause de sa fréquence et de sa gravité. Le seul facteur susceptible de diminuer son énorme mortalité est la précocité de l'intervention, fonction elle-même d'un diagnostic rapide.

Le diverticule de Meckel peut provoquer l'occlusion par un grand nombre de mécanismes, tels que nœuds diverticulaires, brides, agglutinations, volvulus ou invagination. On retrouve en clinique la même multiplicité d'aspect, et l'occlusion meckélienne se présentera tantôt comme une occlusion mécanique pure, tantôt comme une occlusion mixte à la fois inflammatoire et mécanique avec signes entremêlés d'occlusion et de péritonite, tantôt enfin comme une invagination. C'est dire qu'en présence de n'importe quelle occlusion de l'enfant il faudra songer à la possibilité d'un diverticule de Meckel, et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune.

IV. **Hernies du diverticule de Meckel.** — Ces hernies, qui passaient autrefois pour rares, ne sont en réalité pas exceptionnelles et se présentent en clinique sous deux aspects différents. La présence du diverticule dans un sac herniaire peut n'être qu'un épiphénomène sans importance qui ne modifie pas le pronostic de l'étranglement. Mais le diverticule peut aussi être isolé dans le sac, et c'est là l'hypothèse intéressante : le diagnostic est en effet possible, grâce au « signe du double cordon » et une intervention précoce peut dès lors sauver le petit malade, voué, dans le cas contraire, à la mort par infection et sphacèle du diverticule.

V. **Manifestations ombilicales des vestiges omphalomésentériques.** — Le diverticule de Meckel a été parfois constaté dans une hernie ombilicale congénitale, et, pour éviter les accidents d'ouverture qui peuvent se produire lors de la chute du cordon, il est recommandé d'opérer dès les premières heures de la vie toute hernie funiculaire non recouverte de peau et mal réductible.

Mais la forme la plus fréquente des accidents ombilicaux du diverticule de Meckel est réalisée par l'*ouverture du diverticule* à l'ombilic, que l'on reconnaît aisément à l'issue par l'ombilic de matières fécales, de sérosités, de sang ou même d'ascaris.

Ces diverticules présentent un danger constant pour l'enfant : ils l'exposent particulièrement aux occlusions ou à l'effroyable menace du prolapsus intestinal étranglé à travers le diverticule ouvert. C'est pourquoi il est indiqué d'opérer tout diverticule large avec fistule stercorale notable.

Enfin les *tumeurs de l'ombilic d'origine diverticulaire* sont rares et toutes bénignes : elles se présentent soit comme une tumeur adénoïde, soit comme un kyste, éventualité vraiment exceptionnelle.

DISCUSSION.

Dr PERROT (de Genève), à propos de 5 cas observés en deux ans, montre, comme les rapporteurs, tout l'intérêt d'un diagnostic précoce. Un cas concerne un cas d'invagination iléo-colique avec diverticulite, opération facile, suites favorables d'abord. Au septième jour, accidents péritonéaux mortels liés à un sphacèle de 4 millimètres de long sur l'intestin grêle ; un autre cas simulait un abcès appendiculaire, péritonite localisée autour d'un diverticule enflammé ; un autre après hémorragie intestinale profuse, diverticulite hémorragique, suites favorables, puis accidents péritonéaux tardifs. Ces faits montrent la nécessité d'intervention précoce.

M. JEAN HALLÉ (de Paris) rappelle un cas d'enfant de huit ans, intervention dramatique la nuit, en 1918, lors des bombardements de Paris. MM. Hallé et Veau décidèrent d'intervenir et trouvèrent une invagination serrée, masquant un diverticule altéré ; ils drainèrent, laissèrent en place le diverticule qui ne fut enlevé qu'après trois semaines ; l'enfant guérit.

M. G. BLECHMANN (de Paris) revient sur les difficultés de la décision opératoire, le peu de renseignements que donne la radiologie, et rapportent un cas dans lequel la guérison survint sans opération.

MM. ROBERT CLÉMENT, F. D'ALLAINES et J. TRONCIN (Paris) ont observé chez un nourrisson réunis les divers méfaits que peut engendrer le diverticule de Meckel. Après quelques hémorragies prémonitoires très frustes, il est apparu un syndrome d'occlusion intestinale avec fièvre. L'intervention a permis de constater une occlusion intestinale par bride jéjuno-jéjunale formée par le diverticule de Meckel adhérent à une anse voisine. Plusieurs anses agglomérées étaient maintenues par un magma de pus, le diverticule était perforé et il existait un léger degré d'invagination intestinale facilement réductible.

M. JULIEN HUBER (de Paris) rapporte un cas observé en juillet 1908, à l'hôpital Bretonneau, avec M. CHARLES ROBERT (de Versailles), opéré par M. Savariaud. Il concernait un nourrisson d'environ six mois, porteur d'un ulcère perforé à l'emporte-pièce de la taille d'une petite lentille à l'extrémité libre d'un diverticule de Meckel. Traité par enfouissement et drainage avec accidents de péritonite, l'enfant succomba peu après.

MM. STÉVENIN et R.-CH. MONOD, rapportent l'observation d'un enfant de neuf ans, qui présenta une occlusion intestinale avec diverticule de Meckel manifestée par des symptômes d'invagination intestinale. L'abondance de l'hémorragie aurait pu dans ce cas faire poser le diagnostic de diverticulite surajouté à l'invagination,

M. ROBERT DEBRÉ (de Paris), à propos d'un cas relaté dans le rapport, observé avec Boppe et Semelaigné,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rappelle que le diagnostic précis n'a pu être posé. Il faut que les examens répétés par la radiologie précisent les conditions techniques, il sera peut-être possible alors de poser le diagnostic de diverticulite dans les hémorragies intestinales sans cause rapprochée des signes cliniques, le diagnostic sera plus aisément fait.

M. FÈVRE (Paris) répond aux divers orateurs, il insiste sur les lésions d'invagination et de thrombose, facteurs de gravité. Tout cas d'invagination doit être opéré ; se méfier aussi des hernies douloureuses rentrées trop vite, les diverticules herniaires offrent cet aspect. Chirurgicalement il préconise l'ablation du diverticule, non l'abstention ou le simple enfouissement sur le seul symptôme hémorragie. On peut attendre si la vie de l'enfant n'est pas en danger, mais exercer une expectative armée.

Communications diverses.

Sur deux cas d'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques. — MM. CRUCHET et CANTORNÉ (Bordeaux) rappellent que les seules angines pseudo-membraneuses dont l'étiologie soit admise — en dehors de la diphtérie — sont les angines de la scarlatine, de la syphilis secondaire et celles qui sont consécutives à une intervention thérapeutique. Les autres angines dues à de nombreux microbes et en particulier les angines à pneumocoques ne sont pas admises par tous les auteurs et sont en particulier niées par M. Marfan.

Ils ont cependant observé deux cas d'angines pseudo-membraneuses survenues chez des enfants de douze et dix ans au cours d'une pneumonie franche lobaire aiguë typique ; l'examen bactériologique y montra du pneumocoque à l'exclusion de tout autre germe et la guérison de l'angine survint en même temps que celle de la pneumonie.

Le diagnostic de ces angines à pneumocoques leur paraît possible par la rapidité du début, la coexistence avec un foyer pulmonaire, l'aspect nacré de la fausse membrane et l'absence de cou proconsulaire malgré l'intensité des lésions locales.

M. RAILLIET (de Reims) insiste sur la nécessité d'avoir recours à l'examen de sang au cours de toutes les angines pseudo-membraneuses ne faisant pas leur preuve, pour ne pas méconnaître une angine à monocytes.

L'ictère familial du nouveau-né. — M. PÉHU attire l'attention sur cette maladie exceptionnelle qui frappe des enfants nés à terme, de poids normal, et paraissant bien constitués. Dans les heures qui suivent la naissance apparaît un ictère qui devient rapidement très foncé et s'accompagne de cholémie et de cholurie sans décoloration des matières fécales. Le foie et la rate sont notablement hypertrophiés. Le tableau clinique est enfin complété par une hyperthermie manifeste.

Au bout de quelques heures, l'enfant tombe dans un état de torpeur progressive qui s'accentue jusqu'à la mort. Parfois apparaissent des hémorragies cutanées ou muqueuses. L'évolution est courte et ne dépasse habituellement pas trois à quatre jours. Il est rare qu'elle atteigne dix ou douze jours dans les formes prolongées.

L'examen du sang montre l'existence d'une anémie notable avec présence dans le sang d'une forte proportion d'érythroblastes ; il y a également une leucocytose modérée, mais le taux des plaquettes sanguines est normal.

Les lésions anatomiques consistent en hypertrophie du foie et de la rate avec persistance de foyers d'hématopoïèse hépato-spléniques. Les voies biliaires extra-hépatiques sont normales. Il est enfin curieux de noter la coloration par la bile des centres nerveux.

L'étiologie de cette maladie est encore inconnue ; il semble cependant qu'elle respecte les premiers enfants et que la syphilis ne joue aucun rôle. Il s'agit vraisemblablement d'une dysgenèse sanguine portant exclusivement sur le globule rouge.

Le traitement de choix semble être la transfusion quotidienne à l'enfant de 15 à 20 centimètres cubes de sang dans le sinus longitudinal supérieur. On aurait ainsi observé quelques guérisons.

M. CATHALA a eu l'occasion d'observer deux cas de cette curieuse affection chez les troisième et quatrième enfants d'une famille dont les deux premiers enfants étaient superbes et dans laquelle on ne pouvait nullement soupçonner la syphilis.

Les événements se sont déroulés exactement comme l'a rapporté M. Péhu, et l'examen anatomique lui a permis de constater une dislocation des travées cellulaires du foie, sans atteinte notable de la cellule hépatique. Les lésions des autres organes étaient comparables.

Il a institué, au cours des grossesses ultérieures, un traitement spécifique, après quoi la mère a pu avoir un autre enfant normal.

M. MARQUÉZY a observé des faits analogues dans une famille de cinq enfants où les deuxième, troisième et quatrième enfants sont morts d'ictère dès leur naissance. Le traitement spécifique institué dès la troisième grossesse n'a pas empêché l'ictère ; c'est, au contraire, sa cessation qui a coïncidé avec la naissance d'un enfant normal.

M. APERT insiste sur le fait que cette maladie lui paraît bien être d'origine familiale, mais d'un caractère particulier, car elle frappe plus de 50 p. 100 des enfants d'une même famille, ce qui est contraire aux lois de l'hérédité mendélienne.

JULIEN HUBER et JACQUES ODINET.



NÉCROLOGIE

MARIE SKLODOWSKA-CURIE (1867-1934)

Marie Sklodowska naquit à Varsovie le 7 novembre 1867. Son père était professeur de mathématiques et de physique dans un lycée de cette ville ; sa mère, qu'elle perdit très tôt, dirigeait une école de jeunes filles. Elle était la dernière de cinq enfants (1).

Après des études de lycée et une éducation excellentes, Marie Sklodowska, obligée de gagner sa vie, se fit à l'âge de dix-sept ans institutrice, d'abord à la campagne, puis à Varsovie. Dès sa première jeunesse, elle marqua un goût prononcé pour les spectacles et l'étude de la Nature. Sa vocation scientifique lui vint de la fréquentation d'un petit laboratoire municipal de physique et de chimie, dans sa ville natale.

En novembre 1891, après avoir patiemment économisé l'argent nécessaire à la continuation d'études scientifiques supérieures, Marie Sklodowska vint à Paris, et s'inscrivit comme étudiante à la Sorbonne. Elle passa ses grades de licenciée ès sciences physiques en 1893, et de licenciée ès sciences mathématiques en 1894. Elle commença à s'occuper de recherches de physique expérimentale dans le laboratoire de Lippmann. Dans une notice auto-biographique qu'elle écrivit à la fin d'un volume consacré à Pierre Curie (1) Mme Curie a donné, sur sa vie de jeune fille et d'étudiante, des renseignements pleins d'intérêt.

Marie Sklodowska épouse Pierre Curie le 25 juillet 1895. Son mari avait trente-six ans ; il venait d'être nommé professeur à l'École de physique et de chimie de la Ville de Paris. Alors commença pour les deux époux, qu'adaptait admirablement l'un à l'autre le goût commun de la recherche scientifique, une période, hélas ! trop courte de travail et de bonheur.

Mme Curie, voulant devenir docteur ès sciences, choisit comme sujet de sa thèse l'étude des *rayons uraniques* qu'Henri Becquerel venait de découvrir (1896). De ce moment date un enchaînement merveilleux de découvertes, tel que l'histoire de la Science en montre peu d'exemples. Mme Curie, après avoir essayé la plupart des corps simples minéraux et beaucoup de leurs composés, découvre que le thorium seul exerce sur la plaque photographique le même effet que l'uranium. La *radio-activité* — c'est ainsi qu'elle dénomme la propriété nouvelle trouvée par Henri Becquerel — est une propriété liée à l'atome. Dans un composé chimique quelconque d'uranium ou de thorium, elle est, en effet, d'autant plus marquée que le composé contient une proportion plus grande de métal. Mme Curie essaye ensuite les minerais contenant de l'uranium ou du thorium ; elle trouve — c'est là qu'on voit poindre la grande découverte — que plusieurs de ces minerais ont une radio-activité notablement plus grande que leur teneur en uranium ou en thorium le faisait prévoir. Par exemple, le minerai d'uranium appelé pechblende est quatre fois plus actif que l'oxyde d'uranium pur, dont il ne contient pourtant qu'une certaine proportion. Ce fait inattendu, Pierre et Marie Curie se l'expliquent par l'hypothèse simple et géniale d'un corps simple inconnu, contenu en très petite quantité dans les minerais, et beaucoup plus fortement radio-actif que l'uranium et le thorium.



Marie Sklodowska-Curie.

C'est à vérifier la justesse de cette hypothèse, puis à en tirer les premières conséquences, que Pierre et Marie Curie ont consacré un travail acharné de 1897 à 1902. Dans cette association

(1) Son frère, le Dr Sklodowski qui vit encore, est médecin en chef d'un hôpital de Varsovie. Une de ses sœurs avait épousé un médecin, le Dr Dluski. Médecin elle-même et devenue veuve, Mme Dluska s'est consacrée à l'organisation et à l'administration de l'Institut du radium Marie Sklodowska-Curie à Varsovie, dont les nouveaux bâtiments ont été inaugurés en 1932, en présence de Mme Curie.

(2) Pierre Curie, par MARIE CURIE (The Macmillan Company, publishers, New-York, 1923).

NÉCROLOGIE *(Suite)*

de deux savants d'élite, en vue d'une recherche complexe et difficile qui comportait divers aspects, Pierre Curie tint plutôt le rôle du physicien et se chargea de l'étude des propriétés des rayonnements, en même temps que Marie Curie tint de préférence le rôle du chimiste et s'efforça de séparer et de purifier les éléments radio-actifs. Mais il est impossible et vain de prétendre dissocier cette œuvre, pour préciser la part personnelle de chacun de ses deux auteurs: accomplies par des époux tendrement unis, et dans l'intimité étroite de deux âmes, les découvertes qui les immortalisent porteront en toute justice leurs deux noms inséparablement associés. Le 18 juillet 1898 fut annoncée par Pierre et Marie Curie la découverte du *polonium* ; le 26 décembre 1898, par eux-mêmes avec Bémont, la découverte du *radium*. Il était nécessaire, pour être d'accord avec la tradition chimique, d'isoler à l'état pur les nouveaux corps simples, de photographier leur spectre et de mesurer leurs poids atomiques. Très difficile en ce qui concerne le polonium, à cause de sa quantité extraordinairement minime et de sa vie très courte, la tâche fut moins rude pour le radium, et Mme Curie réussit à la mener assez rapidement jusqu'au bout, aidée depuis 1900 par André Debierne.

Les Curie obtinrent du gouvernement autrichien des quantités relativement considérables — plusieurs tonnes — de résidus jusqu'alors inutilisés de pechblende, de la mine de Saint-Joachimsthal. Les deux chercheurs s'appliquèrent à séparer, par des procédés chimiques, dans le résidu de pechblande, des portions de plus en plus radio-actives. Pour mesurer la radio-activité des fractions successivement séparées, ils employaient un instrument de mesure très précis : un condensateur à plateaux dont l'intervalle d'air formait chambre d'ionisation, connecté à l'électromètre et au quartz piézo-électrique naguère imaginés par les frères Jacques et Pierre Curie ; le courant très faible qui traversait l'air ionisé était compensé dans l'électromètre par le courant que produisait la tension mécanique (variable à volonté) qu'on produisait dans la lame de quartz. Mme Curie reconnut que le radium accompagne le baryum dans les opérations chimiques, tandis que le polonium accompagne le bismuth. Mettant à profit la solubilité moindre du chlorure de radium, par comparaison avec celle du chlorure de baryum, elle réussit, par la méthode des cristallisations fractionnées, à séparer des portions de chlorure de baryum de plus en plus radio-actives. Finalement elle obtint (1902) quelques milligrammes de chlorure de radium presque parfaitement pur, qui permirent de déterminer le spectre du radium et en première approximation son poids atomique. Dès lors la preuve absolue était faite de l'existence du nouveau corps simple : contenu en quantité très faible dans les minerais d'uranium, il a un pouvoir de rayonnement plus d'un million de fois plus intense que celui de ce dernier corps. A cette époque, les Curie trouvèrent l'émission spontanée de lumière, de chaleur et d'électricité par les composés radifères, — déterminèrent le triple rayonnement alpha, bêta et gamma qui s'en échappe, — découvrirent le phénomène de la « radio-activité induite », qu'ils reconnurent un peu plus tard être dû à un corps gazeux, l'*émanation du radium*.

Ces premières découvertes eurent un retentissement très grand et en suscitèrent rapidement d'autres. En 1903, Ramsay et F. Soddy découvrent que le radium produit continuellement une petite quantité d'*hélium*. Bientôt après E. Rutherford et F. Soddy formulent la « théorie des transformations radio-actives » ; ils démontrent que l'uranium, le radium, le gaz émanation du radium et son dépôt actif observés par les Curie, le polonium, l'hélium, sont des membres successifs d'une même famille et dérivent l'un de l'autre par *transmutation de l'atome*.

Pendant les premières années de leur travail, les deux savants ne disposèrent, pour exécuter leurs recherches, que d'une installation (maintenant disparue) que l'on jugerait misérable, dans l'École où P. CURIE était professeur. Des conditions meilleures d'existence (mais non encore de travail) furent procurées aux deux époux par la nomination de Pierre Curie à la fonction de chargé de cours de physique à la Faculté des sciences (pour l'enseignement préparatoire destiné aux étudiants en médecine), et de Marie Curie à la fonction de chargée de cours de physique à l'École normale de jeunes filles de Sèvres.

Mme Curie présenta en Sorbonne sa thèse de doctorat ès sciences : « Sur les substances radio-actives » (1903). Cette même année, Pierre et Mme Curie donnèrent à Londres une conférence sur le radium ; ils reçurent peu après la médaille Davy de la Royal Society.

L'importance de la découverte de la radio-activité, et le mérite de la définition chimique précise des premiers corps, les radio-éléments, que l'on reconnut comme possédant cette extraordinaire propriété, furent jugés tels, qu'Henri Becquerel, Pierre et Mme Curie reçurent en commun le *prix Nobel pour la Physique* en 1903. La gloire venait aux époux. Pierre Curie n'en devait pas jouir longtemps. Nommé professeur d'une nouvelle chaire de « Physique générale et de radio-activité » à la Sorbonne (1904), puis

NÉCROLOGIE *(Suite)*

membre de l'Académie des sciences de Paris (1905), Pierre Curie mourut, dans un accident de rue, le 19 avril 1906.

L'émotion générale déterminée par cette catastrophe hâta l'exécution d'un Institut de recherches scientifiques digne de la découverte des Curie. A la fin de 1905, leur laboratoire avait été transféré des locaux insuffisants de l'École de physique et de chimie de la Ville de Paris, dans des locaux un peu meilleurs dépendant de la Faculté des sciences. Mme Curie reçut la chaire de son mari à la Faculté des sciences, d'abord en qualité de professeur-adjoint (1906), ensuite comme professeur titulaire (1908). En 1909, l'Université de Paris et l'Institut Pasteur décidèrent de s'associer pour créer un *Institut du radium*, où devaient être poursuivies : d'une part les recherches de physique et de chimie, sous l'administration de la Faculté des sciences, d'autre part, sous l'administration de l'Institut Pasteur, les recherches biologiques et les applications médicales ; celles-ci entrevues par H. Becquerel et P. Curie, avaient commencé depuis 1903 leur essor. Malheureusement la construction de l'Institut ne fut entreprise qu'en 1912 ; et lorsque éclata la guerre de 1914-1918, il était à peine terminé.

Après la mort de son mari, Mme Curie avait continué ses recherches. Elle obtint le chlorure de radium parfaitement pur (1907), détermina avec un plus grande précision le poids atomique du radium et (en 1910, avec la collaboration d'A. Debierne) elle isola le corps radio-actif à l'état métallique. Elle prépara le premier *étalon de radium*, qui fut déposé au Bureau national des poids et mesures de Sèvres, pour servir au contrôle rigoureux des étalons secondaires demandés par les divers pays. Elle publia son *Traité de radioactivité* (1910). En 1911, elle reçut de nouveau le *prix Nobel*, cette fois-ci *pour son œuvre chimique.*

La guerre tourna l'activité de Mme Curie exclusivement vers la défense de son pays d'adoption. Dès août 1914, à un moment où le Service de santé militaire français se trouvait dans une pénurie extrême de stations rœntgénologiques (pourtant si nécessaires pour le radio-diagnostic des projectiles et des fractures), elle s'occupa de pourvoir les ambulances et les hôpitaux militaires d'installations et de manipulateurs. Elle fit équiper plus de 200 postes radiologiques fixes, et plus de 20 voitures radiologiques automobiles. Elle fit de nombreux voyages aux ambulances de la zone des armées et dans les hôpitaux du territoire en arrière des armées. Elle participa personnellement à l'examen radiologique des blessés. Un peu plus tard elle organisa un enseignement spécial pour les manipulations en radiologie et en prépara plus de 150 à cette fonction. Entre temps, à partir de 1915, elle aménagea peu à peu le laboratoire Curie de l'Institut du radium.

De 1919 à sa mort, Mme CURIE ne cessa pas de diriger le « Département de physique générale et radio-activité » de cet Institut, tout en travaillant personnellement à la recherche scientifique. Son temps fut partagé entre l'enseignement, — la direction des nombreux élèves qui lui venaient de toutes les parties du monde, — et les obligations de toutes sortes que lui imposait, à son grand regret, son universelle renommée. Elle eut la satisfaction de voir se développer à côté d'elle, dans la branche même qu'elle et Pierre Curie ont illustrée, le talent scientifique de sa fille aînée, Mme Irène Joliot-Curie, devenue chef des travaux pratiques du laboratoire de physique générale et de radio-activité, — et de voir poindre, avant de mourir, l'aurore des découvertes de sa fille et de son gendre (1).

Les *applications médicales des rayonnements*, tâche essentielle du laboratoire Pasteur de l'Institut du radium, avaient pris un développement tel, que cet Institut dut organiser pour elles un département nouveau. C'est avant tout dans ce but, et aussi pour aider financièrement les laboratoires de recherche scientifique de l'Institut du radium, que fut annexée à celui-ci, en 1920, une œuvre nouvelle qui reçut le nom de *Fondation Curie.* Mme Curie prit à cette œuvre un intérêt spécial, parce qu'elle y vit, avec raison, le couronnement des découvertes qu'elle avait faites avec son mari, grâce à la lutte plus efficace contre les cancers que ces découvertes avaient rendues possibles.

Le travail de préparation du radium, exécuté par Pierre Curie et Mme Curie de 1898 à 1906, et continué ensuite par Mme Curie et ses collaborateurs, avait produit plus d'un gramme du précieux corps radio-actif. Mme Curie le donna à son laboratoire. Il convient de noter, à ce propos, que, délibérément, les deux savants refusèrent de s'assurer un profit quelconque par l'exploitation industrielle de leur découverte. Lorsque Armet de Lisle, en 1904, commença à s'intéresser à la production du radium, et créa en France la première usine destinée à préparer ce corps pour les besoins de la médecine, les Curie et leur collaborateur A. Debierne livrèrent généreusement toutes les connaissances qu'ils avaient acquises concernant les procédés de préparation. Leurs travaux sont encore à la base de la chimie appliquée à la production industrielle du radium. Il

(1) Mme Curie avait une seconde fille, Mlle Ève Curie, qui est devenue une musicienne distinguée.

est juste d'ajouter qu'Armet de Lisle mit son usine de Nogent-sur-Marne à la disposition des Curie et leur donna de précieuses facilités pour le traitement de quantités importantes de minerais.

Le désintéressement des auteurs du radium eut plus tard sa récompense. En 1921, Mme Curie reçut, pour son laboratoire, le don d'un gramme de radium, produit d'une souscription des femmes des États-Unis d'Amérique ; ce cadeau lui fut remis par le président Harding, à la Maison Blanche. Au cours du voyage qu'elle fit à cette occasion, Mme Curie reçut un accueil enthousiaste des Universités et de plusieurs institutions américaines.

Elle fut, depuis trente ans, honorée par un grand nombre de Sociétés savantes de tous pays qui l'inscrivirent au nombre de leurs membres, titulaires, honoraires, associés ou correspondants Elle attacha une valeur toute particulière à sa qualité de *membre de l'Académie de médecine de Paris*, dans la section des membres libres. Elle reçut cette dignité le 7 février 1922. Elle a été la première femme admise dans cette Compagnie ; et son élection eut, en raison des circonstances qui l'ont accompagnée, un éclat exceptionnel. Malgré qu'elle ne fût pas médecin, et qu'elle prît grand soin de ne jamais participer à la thérapeutique à laquelle on donna néanmoins et justement le nom des auteurs de la découverte du radium (curiéthérapie), elle se tenait au courant des progrès du traitement des cancers ; elle s'intéressait aussi aux questions d'hygiène sociale et aux œuvres générales d'éducation.

Ayant conservé depuis son enfance le souvenir douloureux de l'oppression de la Pologne, la libération de son pays lui fit éprouver une joie profonde. Mais, ayant vu la guerre de très près, elle en avait gardé un sentiment d'horreur. Elle avait foi dans l'avenir de la Société des nations et sa conviction détermina l'assiduité qu'elle montra aux réunions du Comité de coopération intellectuelle, institué par l'Organisme international de Genève, et dont elle était membre depuis son début.

La Fondation Curie prit l'initiative de célébrer, en décembre 1923, le *vingt-cinquième anniversaire de la découverte du radium*. A cette occasion, le Gouvernement français fit voter par le Parlement une pension à Mme Curie, à titre de récompense nationale. Une fête eut lieu à la Sorbonne ; les Pouvoirs publics, les représentants des Universités françaises et étrangères, magnifièrent la grande découverte de la radio-activité et des premiers corps radio-actifs, — montrèrent les conséquences immenses qu'elles ont eues déjà dans les conceptions et les progrès de la Science, en physique, en chimie, en cosmogonie, en biologie et en médecine.

Mme Curie cachait sous un abord froid et une réserve extrême, une floraison de sentiments généreux. Seuls ses amis intimes l'ont bien connue. Le « fardeau de la célébrité » l'accablait ; le temps qu'elle dut employer à toutes sortes de tâches importunes, dans les dernières années de sa vie, au lieu de le consacrer à la recherche scientifique pour quoi elle avait une véritable passion, lui causait un perpétuel regret. On gardera d'elle son ultime image : celle d'une femme au fin visage encadré de cheveux blancs, aux yeux bleus clairs, très pâle, toujours vêtue de noir et simplement. On la savait de santé délicate ; mais bien peu, même dans les dernières semaines de sa vie, soupçonnaient qu'elle était frappée à mort : elle-même a continué jusqu'au bout son travail, malgré le déclin rapide de ses forces.

Mme Curie portait aux mains les stigmates indélébiles du tribut que les radiologistes ont payé trop souvent à la Science ou à leur profession. On surveillait anxieusement ces lésions de dyskératose, qui n'avaient point encore commencé leur transformation maligne. L'analyse morphologique de son sang avait aussi été faite maintes fois : elle avait révélé la diminution persistante du nombre des hématies, et ces changements dans les proportions des variétés des leucocytes, qui marquent l'action prolongée de certaines radiations.

A l'époque où Pierre et Marie Curie travaillaient à séparer le radium des résidus de pechblende de Saint-Joachimsthal, les locaux et les conditions matérielles dans lesquelles s'effectuait ce travail étaient extrêmement défavorables, non seulement du point de vue de la commodité des manipulations, mais aussi de l'hygiène. Les opérations de cristallisation fractionnée, qui ont abouti à la préparation des premiers décigrammes de radium, obligèrent les deux savants à vivre pendant de longues journées dans une atmosphère contenant un gaz radio-actif alors inconnu — l'émanation du radium. En outre, aucun écran métallique ne protégeait le corps des manipulateurs contre les rayons nocifs émis par les corps radio-actifs, contenus alors dans les tubes et les récipients en verre dont on se sert habituellement en chimie. La fatigue extraordinaire que Pierre et Marie Curie ont ressentie à cette époque et dans les années suivantes, sans en démêler la cause alors insoupçonnée (fatigue que Mme Curie révéla dans la biographie de son mari qu'elle écrivit en 1923), résultait très probablement de lésions des organes hématopoiétiques auxquelles

nul ne pensait. Plus tard et pendant beaucoup d'années, la manipulation habituelle des tubes de radium et des objets radio-actifs « nus », certainement aussi au début de la guerre de 1914-1918 la radioscopie de nombreux blessés sans moyens de protection suffisants, déterminèrent peu à peu les lésions de la peau des mains et accentuèrent les modifications du sang. Les altérations indélébiles des organes hématopoiétiques ont certainement constitué un facteur de gravité, pour la poussée infectieuse à laquelle l'illustre malade a succombé

Sans aucun doute Mme Curie doit être comptée parmi les victimes des corps radio-actifs et de leurs rayonnements, que son mari et elle-même ont découverts.

Mercredi 4 juillet 1934, on apprenait que Mme Curie venait de mourir, dans la matinée de ce même jour, au sanatorium de Sancellemoz (Haute-Savoie) où elle avait été transportée peu de temps auparavant. Les médecins qui la soignaient avaient espéré qu'elle tirerait bénéfice d'un séjour à la montagne. Elle était partie volontiers, contente de se reposer au pays du Mont Blanc. Quelques jours après son arrivée, elle s'éteiguit sans avoir souffert.

Vendredi 6 juillet, sa famille, ses collaborateurs et les plus intimes de ses amis se réunirent au cimetière de Sceaux, près de Paris. Très simplement, sans discours, mais au milieu des fleurs, qu'elle aimait, Marie Sklodowska — à qui nous devons à titre égal à celui de Pierre Curie une des plus grandes découvertes de tous les temps, — fut ensevelie dans la tombe où reposaient déjà son mari et les parents de celui-ci. Un peu de terre apportée de Pologne par le Dr Sklodowski, son frère, et Mme Dluska, sa sœur, fut mêlée à la terre de France, autour du cercueil : symbole émouvant des deux patries, également chères à la femme illustre que nous avons perdue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 17 mai 1934.

Localisation ano-rectale du virus lymphogranulomateux au cours d'une maladie de Nicolas-Favre. — MM. Jamé, Giraud et Tourniaire présentent un nouveau cas ; il s'agit d'une ano-rectite végétante, légèrement hémorragique, qui était demeurée latente pendant quatre mois. Les auteurs insistent sur la fréquence des localisations de ce genre au cours de la lymphogranulomatose et sur la nécessité de les dépister précocement par un examen systématique de la région ano-rectale ; on pourra ainsi, en associant au traitement général un traitement local, faire dans une certaine mesure la prophylaxie du rétrécissement du rectum.

Observation à Beyrouth d'un cas de trypanosomiase à forme méningée et à évolution lente très prolongée. — MM. Lauzeral et Millischer.

Au sujet de la réaction d'Herxheimer. — M. Junquet présente une observation de réaction d'Herxheimer provoquée par le cyanure de mercure intraveineux chez un spécifique primaire arséno-résistant, réaction extrêmement vive avec température élevée qui s'amenda rapidement par les sels de bismuth.

Péricardite tuberculeuse guérie par le traitement par l'allergine du professeur Jousset. — MM. Junquet et Siau ont observé une péricardite tuberculeuse avec épanchement de 1 000 centimètres cubes enlevé par ponction de Marfan et liquide tuberculisant le cobaye dans les délais normaux et qui a été complètement guérie par l'allergine du professeur Jousset.

Dépistage de la tuberculose et réaction de Vernes. — M. Roulin rappelle la fréquente défaillance de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire latente. Il présente des radiographies de sujets assez atteints dont l'indice sérologique était normal.

M. Sarroste voit dans la réaction de Vernes chez les tuberculeux osseux un excellent moyen non de diagnostic, mais de pronostic.

Névraxite épidémique à rechutes avec rémission complète entre les poussées infectieuses. — MM. Lassale, Sohier et Aujaleu rapportent l'observation d'un malade qui a présenté en quatre ans six poussées de névraxite épidémique. Au début, les symptômes traduisaient une atteinte médullaire avec quelques signes encéphaliques discrets puis, à chacune des poussées nouvelles, le tableau s'est enrichi de signes d'atteinte haute. Entre chaque poussée, restitution fonctionnelle absolument parfaite. Actuellement aucun signe d'atteinte extrapyramidale.

Les auteurs insistent sur la longue persistance du virus dans les centres nerveux, notion classique chez les parkinsoniens, mais qui l'est moins dans les formes basses, et sur la difficulté et l'incertitude du pronostic des névraxites à forme périphérique.

A propos d'un cas de silicose pulmonaire probable. — MM. Cassou et Blancardi pensent à la silicose pulmonaire chez un vieux mineur de fond foreur de roche présentant des signes légers d'emphysème et se basent sur l'absence de bacilles de Koch, sur les données radiologiques. Ils font l'historique de la question et rappellent les débats d'actualité.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. A propos de six observations. — MM. Pilod, Tourniaire et Passa insistent, à propos de six cas de rétrécissement congénital pur de l'artère pulmonaire, sur la fréquence relative de cette cardiopathie, sur l'absence ou la discrétion de ses symptômes fonctionnels, sur la coexistence possible d'un syndrome neurotonique qui la masque, sur le caractère parfois fruste ou anormal des signes physiques qui la traduisent. Ils soulignent l'importance de l'examen orthoradiographique qui met presque toujours en évidence le bombement caractéristique de l'arc

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pulmonaire, alors que la dilatation des cavités droites fait défaut (3 cas sur 6).

Broncho-pneumonie grippale avec pleurésie à streptocoque guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent. — MM. PILOD et PASSA rapportent un cas de broncho-pneumonie grippale grave d'emblée, compliquée de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique et guérie par le sérum antistreptococcique de H. Vincent. Le malade, dont l'état pulmonaire était alarmant dès le début, paraissait sidéré au troisième jour, en même temps qu'une pleurésie purulente à streptocoque hémolytique de la grande cavité était décelée d'un côté. Il reçoit ce jour, sous la peau, une première dose de 100 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Vincent continué pendant huit jours à la dose de 100, puis de 60 centimètres cubes. Dose totale : 560 centimètres cubes. Le malade, rapidement amélioré, guérit sans intervention chirurgicale.

M. VINCENT signale, à ce sujet, les résultats obtenus par Manoussakis (d'Athènes) avec le traitement sérothérapique dans une épidémie de broncho-pneumonie streptococcique d'une extrême gravité.

Sur 21 cas, 6 traités precocement par le résum de Vincent ont guéri sans séquelles ; 4 ayant reçu le sérum à la dernière phase de leur infection ou même *in extremis* ont succombé ; sur 11 malades non traités par le sérum, 9 ont succombé.

Le professeur Vincent insiste sur la nécessité de l'application précoce du traitement sérothérapique.

DIDIER.

NOUVELLES

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré. — Ce cours, qui aura lieu du 15 au 17 octobre 1934, sera fait par M. le professeur RATHERY, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine; de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France; du Dr Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du Dr Kourilsky et du Dr Boltanski, médecins des hôpitaux ; du Dr Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des Drs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Julien Marie, Mollaret, Terrenoire, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du Dr Doubrow, chef de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides; les troubles du métabolisme dans le diabète ; le métabolisme basal chez les diabétiques ; l'acidose diabétique ; la physio-pathologie du diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude chimique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif ; le diabète infantile ; le diabète rénal ; le diabète bronzé ; les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme) ; diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux ; les accidents oculaires ; les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides ; les accidents cardio-vasculaires ; le collapsus cardiaque ; les gangrènes diabétiques ; le coma diabétique ; tuberculose et diabète.

V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés ; l'insuline, ses propriétés et son mode d'action ; les traitements chimiques et hydrologiques : les succédanés de l'insuline ; le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif ; l'insulino-résistance ; le traitement du coma diabétique ; les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique ; diabète et chirurgie ; l'avenir du diabétique.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du Cours seront initiés, par petits groupes, aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète :

Le dosage du sucre urinaire.

Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée.

Le pH et la réserve alcaline.

La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide bêta-oxybutyrique.

Le métabolisme basal.

Les lésions anatomo-pathologiques.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme Plantefol et Mlle Lévina ; M. le Dr Doubrow et M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce Cours sont reçues dès maintenant, à la Faculté de Médecine soit au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D.-R. M. (Faculté de Médecine, Salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — Le premier cours aura lieu du 15 au 27 octobre 1934.

Premier jour : 10 heures. Professeur Rathery : Les troubles du métabolisme dans le diabète. — 17 heures. Dr Maurice Dérot : l'acidose diabétique.

Deuxième jour : 10 heures. Professeur Rathery : La physiologie pathologique du diabète. — 17 heures. M. Plantefol : Métabolisme basal et diabète.

Troisième jour : 10 heures. Professeur Rathery : Les formes fondamentales du diabète. — 17 heures. Dr Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile.

Quatrième jour : 10 heures. Dr Sigwald : Les formes étiologiques du diabète. — 17 heures. Dr Julien Terrenoire : Le diabète rénal.

Cinquième jour : 10 heures. Professeur Jeannin : Diabète et grossesse. — 17 heures. Dr Doubrow : Le diabète bronzé.

Sixième jour : 10 heures. Professeur Terrien : Les accidents oculaires du diabète. — 17 heures. Dr Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète.

Septième jour : 10 heures. Dr Dérot : Le collapsus cardiaque chez les diabétiques. — 17 heures. Dr Kourilsky : Accidents cutanés du diabète.

Huitième jour : 10 heures. Professeur Rathery : Le coma diabétique et son traitement. — 17 heures.

NOUVELLES *(Suite)*

Dr Boltanski : L'artérite et les gangrènes diabétiques.

Neuvième jour : 10 heures. Dr Julien Marie : Tuberculose et diabète. — 17 heures. Dr Froment : Le traitement du diabète simple.

Dixième jour : 10 heures. Dr Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif. — 17 heures. Professeur Rathery : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action.

Onzième jour : 10 heures. Professeur Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le traitement du diabète. L'insulino-résistance. — 17 heures. Dr Froment : Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Douzième jour : 10 heures. Dr Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma hypoglycémique. 16 heures. Dr Thalheimer : Chirurgie et diabète. — 17 h. 30. Professeur Rathery : L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques : tous les jours, de 15 à 17 heures.

Cours de vacances sur les tuberculoses ganglionnaires de l'enfance. — Le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Dr Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du jeudi 4 octobre au samedi 20 octobre 1934, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin à 10 heures : visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examen clinique, examen radiologique et recherches de laboratoire.

Le çon à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Une visite aux Foyers de placement et aux Centres d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

Cours complémentaire sur les maladies du cœur et des vaisseaux. (Service de M. le Dr H. LAUBRY). — Ce cours aura lieu du lundi 8 au samedi 20 octobre 1934.

Objet du cours : Les arythmies.

Les leçons seront faites par M. le Dr Ch. Laubry, chef du service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de M. le professeur Doumer (Lille) ; de MM. les Drs G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon ; A. van Bogaert (Anvers) et V. Aïtoff (Paris) ; de MM. les Drs D. Routier et J. Walser, assistants ; de MM. les Drs A. Jaubert, L. Deglaude et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire ; de M. le Dr L. Samain, assistant étranger ; de MM. les Drs Th. Brosse, J. Louvel, Poumailloux et de MM. J. Lemaut et J. Cottet, anciens internes et internes du service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — *Lundi* 8 *ctobre*. — 9 h. 30. L'extrasystolie : Dr Laubry. — 11 heures Les arythmies sinusales : Professeur Doumer. — 15 heures. Interprétation des tracés électrocardiographiques : Dr Deglaude.

Mardi 9 *octobre*. — 9 h 30. Physiopathologie et étiologie de l'arythmie complète : Dr Walser. — 11 heures. Les tachycardies ventriculaires : Dr Lemaut. — 15 heures. Radiologie cardiaque. Généralités. Valeur des symptômes radiologiques : Dr Heim de Balsac.

Mercredi 10 *octobre*. — 9 h. 30. Les tachycardies paroxystiques : Dr Samain. — 11 heures. Etude anatomo-radiologique des cavités et du pédicule cardiaques : Dr Heim de Balsac. — 15 heures. Interprétation des tracés électrocardiographiques : Dr Deglaude.

Jeudi 11 *octobre*. — 10 heures. Consultation clinique : Dr Laubry. — 15 heures. Radiologie cardiaque. Kymographie : Dr Heim de Balsac.

Vendredi 12 *octobre*. — 9 h. 30. Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi : D: Laubry. — 11 heures. Les dissociations auriculo-ventriculaires (1re leçon) : Dr Routier. — 15 heures. Etude comparative des tensions maxima, moyenne et minima : Dr Samain.

Samedi 13 *octobre*. — 9 h. 30. Le pouls alternant : Dr Laubry. — 11 heures. Les dissociations auriculo-ventriculaires (2e leçon) : Dr Routier.

Lundi 15 *octobre*. — 9 h. 30. Les dissociations auriculo-ventriculaires (3e leçon) : Dr Routier. — 11 heures. Cardiopathies et troubles sanguins : Dr Marchal. — 15 heures. Radiologie cardiaque. Examen de clichés : Dr Heim de Balsac.

Mardi 16 *octobre*. — 9 h. 30. Etude clinique de l'arythmie complète : Dr Walser. — 11 heures. Les cyanoses : Dr Poumailloux. — 15 heures. Notions récentes de pathologie veineuse : Dr Louvel.

Mercredi 17 *octobre*. — 9 h. 30, Métabolisme de l'eau chez les cardiaques : Dr Cottet. — 11 heures. Lésions vasculaires et troubles sanguins : Dr Marchal. — 15 heures. Méthodes modernes d'exploration artérielle : Dr Brosse.

Jeudi 18 *octobre*. — 10 heures. Consultation clinique : Dr Laubry. — 15 heures. Considérations bactériologiques sur les endocardites : Dr Jaubert.

Vendredi 19 *octobre*. — 9 h. 30. Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi : Dr Laubry. — 11 heures. Traitement de l'arythmie complète : Dr Aïtoff. — 15 heures. Rythmes à trois temps. Inscription graphique : Dr van Bogaert.

Samedi 20 *octobre*. — 9 h. 30. Les pararythmies :

NOUVELLES *(Suite)*

Dr van Bogaert. — 11 heures La médication sédative chez les cardiaques : Dr Laubry.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr Lemant, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Cours de phonologie pratique. — Ce cours est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie, aux maîtres de chant, à tous les candidats à l'enseignement vocal, aux chanteurs professionnels et amateurs, soucieux de baser leur art sur une technique rationnelle, aux professionnels et amateurs du microphone intéressés à la phonogénie.

Le prochain cours complet en 10 leçons aura lieu du lundi 17 au vendredi 28 septembre 1934, de 17 à 19 heures chaque jour, sauf le samedi et le dimanche.

Le prix global pour les dix leçons est de 200 francs. Le prix par leçon est de 30 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser chez le Dr Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (17e.)

Association corporative des Étudiants en médecine.

L'Association corporative et l'Association des Étudiants en médecine de Paris (ancienne section de médecine de l'A. G.) nous communiquent :

1° Depuis plusieurs mois nos deux associations étudient un projet de fusion qui est actuellement sur le point d'aboutir et qui réaliserait ainsi le désir de tous : faire une association forte et représentant effectivement les étudiants en médecine de Paris ;

2° Ces deux groupements, dont l'un est reconnu d'utilité publique, sont purement professionnels et possèdent des moyens d'action et de travail qui ont fait leurs preuves et sont connus de la Faculté de médecine, des étudiants et de tout le monde médical.

Les Comités de ces deux Associations nous prient de mettre en garde nos lecteurs contre les propos discourtois à leur égard qui pourraient émaner d'une autre association récemment fondée.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

10 SEPTEMBRE. — *Alger.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un chirurgien adjoint de l'hôpital d'Ain-Temouchen.

10 au 15 SEPTEMBRE. — *Venise.* 1er congrès international d'électro-radio-biologie.

12 SEPTEMBRE. — Départ de la croisière de la Méditerranée.

15 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

16 SEPTEMBRE. — *Besançon.* Ouverture du cours de vacances d'anatomie.

16-22 SEPTEMBRE. — *Lausanne.* Congrès international de radiesthésie.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Cours de phonologie pratique, par M. le Dr WICART.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broca. Ouverture d'un cours de vacances de gynécologie, par M. E. DOUAY.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Ouverture d'un cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique par M. le professeur OMBRÉDANNE.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clinique d'accouchements de gynécologie Tarnier, professeur M. BRINDEAU.

17 SEPTEMBRE. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine de Tours.

19 SEPTEMBRE. — *Villes d'académie* Dernier délai d'inscriptions pour un concours d'agrégation au deuxième degré.

20 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscriptions des candidats au concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école de médecine d'Amiens.

24 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Laennec. Cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques par M. le professeur LÉON BERNARD.

24 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

27 SEPTEMBRE. — *Lyon.* Association internationale de pédiatrie préventive.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis. Ouverture d'un cours pratique et complet de dermatologie, par M. le professeur GOUGEROT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture d'un cours pratique d'enseignement spécial de la technique histologique élémentaire, par M. le professeur CHAMPY.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 9 h. 30 : Ouverture du cours de vacances de clinique et technique sur les maladies digestives.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Ouverture de la session de l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (XXXVIII[e] SESSION)

Lyon, 16-21 *juillet* 1934.

Le XXXVIII[e] Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française s'est tenu à Lyon du 16 au 21 juillet 1934 sous la présidence du D[r] Lagriffe (de Quimper) et la vice-présidence du D[r] René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

I. — Rapport de psychiatrie.

De l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.

Par le D[r] André Répond,
Médecin directeur de la maison de santé de Malevoz, Monthey (Suisse).

Résumé du rapport. — En psychiatrie comme en psychologie, l'influence de l'homme, avec son caractère, son tempérament, sa vie affective, joue un rôle considérable dans l'élaboration des conceptions et des principes qui régissent ces deux « sciences ». Le terme de science, d'ailleurs, s'applique assez difficilement aux tendances anciennes de la psychologie, d'ordre essentiellement métaphysique, et les progrès de la psychologie expérimentale dans ces dernières années n'ont pas encore eu une influence considérable sur les théories et les idées.

La pensée psychiatrique subit encore dans bien des domaines l'influence des théories anciennes philosophiques et ne peut s'en libérer : la conception classique de facultés (volonté, connaissance, jugement) joue encore un rôle important dans l'étude et l'analyse des psychoses.

Le rapporteur insiste tout d'abord sur l'anarchie terminologique qui a régné et règne encore tant dans le domaine psychologique que psychiatrique. « Chaque école parle son propre langage et ne montre que peu d'intérêt et de compréhension pour le travail des autres. L'intolérance et l'agressivité mutuelles sont fréquentes et semblent être un écho à peine atténué des bruyantes querelles philosophiques de la scolastique. »

Historiquement, dans le siècle dernier, l'étude de la psychiatrie a passé par trois stades successifs.

La première période (début du XIX[e] siècle) est celle des théories psychologiques spéculatives des médecins philosophes : à cette période Pinel publiait un traité médico-philosophique de l'aliénation mentale ; cette tendance a été encore plus forte dans l'école allemande (Heinroth, Hoffbauer) qui construisit un système topographique de l'esprit normal et anormal.

La deuxième période coïncide avec les progrès de la psycho-pathologie cérébrale. Falret et Baillarger s'insurgent contre la conception philosophique de la psychiatrie, et pour Westphall « toute psychologie est en psychiatrie une spéculation superflue ». Sous ces influences, toute maladie mentale est une maladie cérébrale.

La troisième période, période contemporaine, est un retour vers une conception meilleure des rapports de la psychiatrie et de la psychologie. Kraepelin a insisté sur le caractère clinique des classifications, mais ses conceptions ont varié, comme en font foi les variations successives de ses idées à ce sujet. Bleuler, par contre, est le premier qui a essayé de s'affranchir de la clinique pure et a mis en avant des notions psychologiques.

Récemment, l'influence philosophique (Bergson) ou psychanalytique (Freud) a inspiré une conception nouvelle de l'étude des maladies mentales.

Dans la deuxième partie de son rapport, Répond fait un exposé des méthodes psychologiques dont la psychiatrie peut se servir : psychopathologie expérimentale, de comportement, psychopathologie explicative, structurale, interprétative, enfin *psychanalyse*. Pour Répond, la psychanalyse domine par son importance tous les autres facteurs psychologiques ; elle aurait réussi, d'après le rapporteur, à faire comprendre la psychogenèse des névroses, des caractères anormaux, des perversions sexuelles, des psychopathies. La psychanalyse enfin permettrait d'aborder d'une manière plus rationnelle la thérapeutique des maladies mentales.

Discussion du rapport du D[r] Répond.

Jabouille (Rouffach) discute la valeur du rapport en ce qui concerne le rôle de la psychanalyse.

Hesnard (Toulon) se fait le défenseur du rapporteur ; il se montre partisan convaincu de la psychanalyse et pense que le rôle de la psychologie clinique sera considérable pour l'avenir de la psychiatrie.

Vié (Ainay-le-Château) s'efforce de concilier le rôle respectif de la psychologie et de la psychiatrie. Certains facteurs évolutifs, qui dépendent de la structure du cerveau et de ses lésions, relèvent de processus morbides et dépendent de la pathologie.

Vermeylen (Bruxelles) admet la valeur de l'orientation psychologique moderne qui rénove les méthodes classiques, sans préjuger du rôle des facteurs biologiques.

Cossa (Nice). — Si la confusion règne en pathologie mentale (douze noms pour un même syndrome), elle est due à ce que les classifications reposent non sur des faits cliniques mais sur d'incertaines pathogénies. Actuellement cette confusion écarte de la psychiatrie les médecins non spécialisés. Si, conformément aux vues du rapporteur, l'éducation des futurs psychiatres se faisait dans un sens plus philosophique, il serait à craindre que s'élargisse ce fossé, au grand dam de l'évolution thérapeutique : les récents progrès réalisés dans le traitement des maladies mentales (paralysie générale, catatonie colibacillaire) ne sont-ils pas le fruit de méthodes purement biologiques ? Il n'y a pas, à la base de cette opposition à une méthode purement psychologique, de postulat métaphysique. La question est tout autre : à l'attaque de l'agent pathogène, l'homme, ce complexe psycho-somatique, répond à la fois par des réactions somatiques et par des réactions psychiques. On n'a pas le droit de ne considérer que ces dernières pour négliger et les réactions somatiques et surtout la recherche de l'agent étiologique.

Courbon (Perray-Vaucluse). — La psychatrie a besoin plus de faits que de théories ; l'utilité d'une théorie psychologique pour la psychiatrie vient surtout de ses méthodes d'observation.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Heuyer (Paris) ne pense pas que les théories psychologiques aient apporté à la psychiatrie un fait d'observation, une méthode de diagnostic et de traitement.

Petit (Ville-Evrard) insiste sur l'importance des causes organiques dans le déterminisme des maladies mentales.

H. Baruk (de Saint-Maurice) souligne la nécessité de recourir à plusieurs disciplines : il ne croit pas à l'origine purement psychogénétique des psychoses.

Paul Abély (Villejuif) conseille la prudence dans l'interprétation des théories psychologiques ; mais il pense que toutes les méthodes doivent tendre à la simplification des notions psychiatriques et à préciser l'étiologie des troubles mentaux.

René Charpentier (Neuilly-sur-Seine), après avoir félicité le rapporteur, regrette qu'il n'ait pas montré historiquement l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.

II. — Rapport de neurologie.

Tumeurs du troisième ventricule (étude clinique et thérapeutique).

Par Paul Meignant,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin neurologiste de l'hôpital J.-B. Thiéry à Maxeville.

Les tumeurs du troisième ventricule sont peu fréquentes, leur exérèse n'est pas actuellement possible : elles ont cependant un gros intérêt au point de vue symptomatique. Meignant envisage largement la région du troisième ventricule et décrit les tumeurs suprasellaires et celles plus postérieures de l'épiphyse, en même temps que les néoplasies intraventriculaires.

Un court rappel historique permet de réaliser la rareté de telles tumeurs depuis l'observation française initiale de Claude et Lhermitte (1917) et les travaux ultérieurs (thèse de Chansseblanche, Paris 1923 ; thèses de Le Bihan et Arnaud, Lyon 1933).

Les tumeurs sont soit primitives (papillomes, épendymomes, pinéalomes), soit assez souvent secondaires et métastatiques.

Cliniquement la symptomatologie comprend :

1° *Un syndrome d'hypertension intracranienne* : souvent précoce et intense, il a comme caractère spécial d'être intermittent.

2° *Un syndrome infundibulo-dystrophique*. Le syndrome infundibulaire de Claude et Lhermitte est bien connu : hypersomnie, polyurie, glycosurie, troubles de la régulation thermique et vaso-motrice. A l'hypersomnie se rattachent souvent des troubles oniriques, équivalents psychiques de la crise narcoleptique. Les troubles sanguins (modifications de la formule globulaire avec polyglobulie) sont une notion nouvelle, de même que l'existence d'urticaire.

Les troubles dystrophiques ne sont pas rares, car les sujets sont habituellement des enfants : nanisme, adiposité, troubles du développement sexuel ou au contraire macrogénitosomie précoce de Pelizzi ; enfin syndromes dystrophiques dissociés, surtout notés dans les craniopharyngiomes.

3° *Syndrome ophtalmologique*. Il comprend trois éléments : un syndrome chiasmatique, un syndrome oculo-moteur (avec possibilité d'un signe d'Argyll-Robertson), un syndrome de stase papillaire.

4° *Syndromes de voisinage*, qui apparaissent très variables : signes cérébelleux (Bailey), extrapyramidaux, pyramidaux, thalamiques.

5° *Troubles psychiques*. Ils sont variables, liés soit à l'hypertension intracranienne (torpeur), soit plus caractérisés : onirisme, hallucinose, apathie, troubles de l'affectivité et de l'émotivité.

Les signes spéciaux sont variables : le liquide céphalo-rachidien révèle souvent de la pleiocytose traduisant une réaction méningée. La radiographie ne révèle souvent rien, en dehors de la ventriculographie.

Meignant envisage ensuite les éléments détaillés du diagnostic différentiel et du diagnostic positif, et dans un dernier chapitre il précise les indications thérapeutiques encore mal connues de telles tumeurs, profondes et pratiquement peu accessibles.

Discussion du deuxième rapport et communications s'y rattachant.

Le Professeur Barré (Strasbourg) insiste sur le caractère général du rapport qui étudie toutes les tumeurs juxta-ventriculaires. Il note l'intérêt de certains troubles, en particulier vestibulaires.

Petit (de Ville-Evrard) signale la fréquence des localisations au voisinage du troisième ventricule, en psychiatrie.

Jabouille (Rouffach) rapporte l'observation clinique d'une tumeur du troisième ventricule à forme mentale.

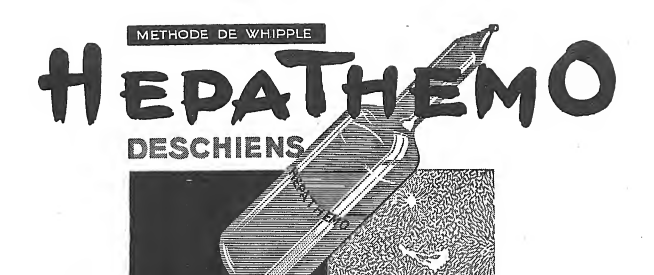
Communications :

MM. Bériel et Barbier (de Lyon) rapportent cinq cas de tumeurs du troisième ventricule observés au cours des dernières années : ils insistent sur le caractère décevant des symptômes, sur la fréquence des erreurs de diagnostic, chaque cas particulier empruntant en réalité ses symptômes à ceux des régions voisines qui leur ont donné naissance ; car il n'y a pas à vrai dire de tumeurs du troisième ventricule, mais des tumeurs du voisinage ou de ses parois, venant profiter de cette cavité et s'y mouler.

Bériel et Ricard (Lyon), constatant que les interventions chirurgicales d'exérèse sont souvent au-dessus des ressources de la chirurgie, proposent comme intervention palliative en cas de tumeur du troisième ventricule la trépanation du corps calleux.

Lhermitte, Senges, Boulet et Trelles (de Paris) : *Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante*. — Les auteurs rappellent un cas de tumeur d'Erdheim chez une femme de soixante ans, caractérisée cliniquement par des troubles mentaux à type confusionnel et des troubles visuels. Malgré des lésions massives, il n'existait pas, pendant la vie, de syndrome infundibulo-tubérien ou hypothalamique.

Roger, Poursines, Alliez et Paillas : *Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne*. — Chez ce malade âgé de vingt-


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS
Extrait concentré de FOIE DE VEAU FRAIS
Ampoules buvables, Sirop
SYNDROMES
ANÉMIQUES
DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE,
9 RUE PAUL BAUDRY. PARIS VIIIe

SERUM DE LAIT LIQUIDE

LAC-SER

ECONOMIQUE
INALTERABLE
PETIT-VOLUME

COUTEUX
ALTERABLE
ENCOMBRANT

LAC-SER

LACTOSERUM DESSECHE MONTAGU 49 Bd de Port-Royal PARIS

La PASSIFLORINE

uniquement composée d'**Extraits Végétaux**
ATOXIQUES

Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacanthr

est le TRAITEMENT **PHYTOTHÉRAPIQUE** des **ÉTATS NÉVROPATHIQUES**

ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE

Laboratoires G. RÉAUBOURG
7, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

DRÉVIL…

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sept ans un astrocytome, à point de départ hémisphérique gauche, avait refoulé la paroi du troisième ventricule et déterminé initialement des symptômes d'ordre neuro-végétatif (glycosurie légère et accès de narcolepsie); plus tard le malade a présenté des crises d'épilepsie avec attaques de somnolence et poussées thermiques.

RISER et E. et L. TAMALET (Toulouse) : *Contribution à l'étude des tumeurs du troisième ventricule*. — Cliniquement, ce cas était caractérisé par un syndrome adiposo-génital fruste et de grandes crises d'hypertension intracranienne, avec symptomatologie aiguë : vomissements, bradycardie, hypertension manométrique élevée, coma. Au début, ces crises furent jugulées par la ponction lombaire. L'évolution se fit en neuf mois. A l'autopsie, épithélioma pharyngo-hypophysaire très petit, du volume d'une noisette, n'exerçant aucune action compressive par lui-même, mais ayant donné naissance à un kyste du volume d'une grosse noix occupant le troisième ventricule, obstruant par intermittences les trous de Monro à droite et à gauche.

VLAVIANOS (Athènes) a observé un papillome du troisième ventricule avec distension des ventricules latéraux ; le sujet, âgé de trente-cinq ans, avait des maux de tête, des crises épileptiques, des tendances narcoleptiques et des signes pupillaires.

III. — RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE.

Assistance, classification et statistiques des maladies mentales.

Par MAURICE DESRUELLES,
Médecin-chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura).

Le rapport très complet de Desruelles comprend trois parties : dans son avant-propos l'auteur, mettant à l'écart toute discussion dogmatique, indique qu'il a voulu faire une œuvre essentiellement pratique, pouvant servir de base à une classification médico-administrative.

Cet avant-propos rappelle les vicissitudes historiques des différentes classifications des maladies mentales.

La première partie du rapport étudie la *nomenclature des maladies mentales :* la terminologie en psychiatrie varie suivant les auteurs, les époques, les pays. L'auteur passe en revue les différents termes employés et leur valeur actuelle. Cette question de vocabulaire envisagée, l'auteur dans la deuxième partie de son rapport propose une classification des maladies mentales.

Dans un exposé très clair, Desruelles rappelle les principales classifications qui ont eu tour à tour l'honneur de l'actualité au cours du siècle dernier. Toutes les classifications actuelles sont mixtes et doivent tenir compte de nombreux facteurs, cliniques, étiologiques, anatomiques.

Il lui semble rationnel de grouper les maladies mentales en trois groupes : les maladies mentales constitutionnelles (arrêt du développement intellectuel, psychoses périodiques, délires systématiques) ; — les maladies mentales constitutionnelles et acquises (démences vésaniques, démence précoce) ; — les maladies mentales acquises (intoxications, lésions et intoxications, lésions organiques proprement dites).

La classification proposée par Desruelles est simple, claire et pratique.

L'auteur estime qu'elle pourra servir de base pour établir une statistique rationnelle des maladies mentales, en France, et peut-être, après entente internationale, à l'étranger.

Discussion du rapport du Dr Desruelles.

De nombreuses observations ont été faites aux propositions du rapporteur.

JABOUILLE (Rouffach) se rallie au caractère pratique de ces conclusions.

Professeur DONAGGIO (Modène) indique les modalités des classifications psychiatriques en Italie.

H. BARUK (Saint-Maurice) propose une classification par syndromes, puis étiologique.

POROT, (Alger), VERMEYLEN (Bruxelles) insistent également sur la notion de syndrome.

ADAM (Rouffach), VIÉ (Ainay), EY (Bonneval) critiquent certains points de l'exposé.

LAUGIER (Clermont) constate qu'il est difficile de classer les psychasthéniques, les obsédés.

HAMEL (Nancy) défend le terme d'oligophrénie. BERSOT (Neufchâtel), celui de psychonévroses.

FRIBOURG-BLANC (Val-de-Grâce), HESNARD (Toulon) insistent au point de vue militaire sur la nécessité d'une classification très précise des troubles mentaux.

Communications diverses.

Psychiatrie générale.

Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques, par COURTOIS et BELEY (Paris), qui recherchent les facteurs d'organicité, ou les éléments toxiques qui peuvent intervenir dans le déterminisme de certaines psychoses dites essentielles.

Automatisme mental évoluant depuis vingt ans chez deux jumelles identiques, par DE MORSIER et JUMET (Genève), qui exposent un cas de psychose gémellaire.

De l'utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques, par MESTRALLET et LARRIVÉ (Lyon). — Les auteurs insistent sur la possiblité d'une hydrocéphalie interne par épendymite.

Psychose colibacillaire avec pyélonéphrite évoluant depuis plusieurs semaines; guérison par la sérothérapie, par MESTRALLET et LARRIVÉ (Lyon).

Les hallucinations psychomotrices verbales et le problème général des hallucinations, par EY (Bonneval).

L'anxiété, par BOVEN (Lausanne). — Pour cet auteur, l'anxiété est un état d'inadaptation temporaire de l'être aux conditions ambiantes.

Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale, par PETIT et BAUDARD (Ville-Evrard). — Les auteurs ont noté la fréquence des états parkinsoniens au cours des psychopathies.

Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie, par PETIT (Ville-Evrard). — Pour cet auteur, l'anxiété serait un syndrome organique lié à des perturbations des centres neuro-végétatifs, en rapport avec des inflammations du troisième ventricule.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Attitudes d'encéphalite épidémique en léthargie, par onirisme actif, rappelant des attitudes de grande hystérie, par FROMENT et POMMÉ (Lyon). — Les deux syndromes ne peuvent être, d'après ces auteurs, comparables.

Dédoublement de la personnalité et amnésie profonde avec obnubilation intellectuelle, persistant cinq ans après des encéphalites épidémiques, guéries après cure prolongée par l'insuline, par FROMENT (Lyon).

Toxicomanie en Grèce, par VLAVIANOS (Athènes).

Intoxication hachichique et démence précoce, par MAZHART OSMAN (d'Istambul). — Cette intoxication très fréquente joue un rôle possible dans l'apparition de certains syndromes schizophréniques.

Les aliénistes lyonnais du début du XIXe siècle, par FRANTZ et EMILE ADAM (de Bourg).

Thérapeutique et médecine légale psychiatriques.

Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques, par CHRISTY, BALVET et MATHON (Lyon). — Dans quatre cas une localisation tuberculeuse intercurrente a amélioré un état mental grave.

Quelques considérations sur le traitement des malades nerveux et mentaux par la kinésithérapie, par BRANDT (Genève) et BERSOT (Neuchâtel).

Sur le choix des sels d'or, par LÉONEL (Lyon).

Le magnésium sérique à l'état normal et dans certains états psychiques, par A. LEULIER, POMMÉ et VILLIEN (Lyon). — Il ne semble pas que le magnésium sérique soit modifié d'une façon caractéristique, d'après l'étude faite dans 19 cas de maladie mentale.

De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarque à propos d'un cas de démence précoce guéri après dix années de traitements continus et variés, par PETIT et ARCHAMBAULT (de Ville-Evrard).

L'amour de voyage lointain comme cause de fugue chez les mineurs, par WAHL (Marseille). — Cet état de «Robinsonisme» concerne des fugues d'adolescents et qui guérissent par une coercition appropriée.

Schizophrénie et expédition militaire, par WAHL (Marseille).

Des condamnations dans les antécédents des arriérés sociaux ou déséquilibrés, engagés volontaires dans l'armée, par POMMÉ, MAROT, LACROIX (Lyon). — D'après l'étude de détenus militaires, les auteurs signalent l'importance des antécédents familiaux psychopathiques chez les militaires engagés.

Neurologie.

Présentation d'un chien privé expérimentalement de sa moelle dorso-lombo-sacrée, par HERMANN (de Lyon).

Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif, par le professeur DONAGGIO (Modène). — L'auteur rappelle ses techniques de coloration de tissu névroglique et, dans les autres organes, du tissu conjonctif.

Résultats avec une réaction sur l'urine et le liquide

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

céphalo-rachidien, par le professeur DONAGGIO (Modène). — L'auteur expose les nouveaux résultats d'une méthode présentée en juin 1933 à la Société de neurologie de Paris.

La sclérose en plaques en Orient, par MAZHART OSMAN (Istambul). — Cette infection nerveuse est rare en Turquie et ne se voit que chez les habitants des ports ou ceux qui voyagent en Europe.

A propos d'un cas de tumeurs métastatiques à point de départ utérin, par ROGER, ALLIEZ et PAILLAS (Marseille). — A l'occasion d'un cas de tumeur métastatique à foyer orbitaire et cérébelleux consécutif à un cancer du col utérin et ayant débuté par une crise d'épilepsie intense, les auteurs insistent sur les caractères des tumeurs cérébrales métastatiques et sur la rareté des métastases après néo utérin.

De la perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états pathologiques, par LEULIER, POMMÉ et BOUTEILLE (Lyon). — Au cours de la paralysie générale, la perméabilité méningée, nulle au début, se rétablit au cours de l'impaludation et du traitement stovarsolé.

Au sujet de l'action de l'iodure de strontium, par LEULIER et POMMÉ (Lyon). — Ce corps agirait comme décalcificateur dans le rhumatisme chronique.

La zone de jonction myo-neurale dans quelques cas pathologiques, par POMMÉ (Lyon). — Etudes expérimentales confirmées par l'examen de faits cliniques, séquelles de paralysies périphériques et myopathies atrophiques primitives.

N. PÉRON.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du syndrome d'intoxication par les barbituriques et de son traitement nouveau (Dr JULIEN LOUBIÈRE, *Thèse de Paris*, 1934).

Les Américains Haggard et Greenberg ont établi, il y a deux ans, par de nombreuses expériences *in anima vili*, qu'il existe entre les barbituriques et la strychnine un antidotisme remarquable, et ils en ont envisagé l'application surtout au traitement de l'intoxication strychnique par les barbituriques. Mais Ide, de Louvain, reprenant plus récemment les éléments de ce problème, en a inversé les termes, et a proposé le traitement des intoxications barbituriques par la strychnine. On sait avec quelle force d'affirmation il a basé une thérapeutique sur l'antagonisme des deux substances, thérapeutique grâce à laquelle il ne devait plus y avoir, dit-il, de morts par intoxication barbiturique. Les faits, maintenant nombreux, permettent de porter sur cette méthode de traitement un jugement non plus théorique, mais objectif. Les choses ne paraissent pas se passer chez l'homme tout à fait de la même façon que chez les animaux d'expérience, et la strychnothérapie, dont la valeur n'est certes pas à mettre en doute, n'équivaut pas, cependant, à cette neutralisa-

REVUE DES THÈSES (*Suite*)

tion qui devrait se traduire, en principe, par le réveil rapide et le retour à l'état normal en quelques heures. Les insuccès, en réalité, se comptent de plus en plus nombreux et, chose plus grave, dans un certain nombre de cas, l'antagonisme ne semble pas jouer et l'intoxication strychnique se superpose avec toute son impressionnante symptomatologie au coma barbiturique.

L'auteur a essayé d'une autre substance dont l'antagonisme avec les barbituriques ne semble guère moins marqué que celui de la strychnine : la coramine. Ce médicament a, en outre, l'avantage sur la strychnine d'une toxicité très faible, par conséquent d'une grande maniabilité permettant de l'administrer sans danger, à doses progressivement croissantes, jusqu'au réveil et au retour de la conscience. La coramine a encore un autre avantage, qui est d'agir spécifiquement sur le bulbe qui, lorsqu'il a fixé le poison barbiturique, ne semble pas réagir à la strychnine.

Ce travail renferme plusieurs observations de sujets traités par la strychnine et par la coramine. Toutes comportent leur intérêt et, par leur dépouillement, l'auteur est amené à conclure que si la strychnine est un traitement héroïque de l'intoxication barbiturique, surtout à son début, elle est susceptible de déterminer, assez souvent, des accidents par intoléance ; qu'elle agit peu sur le coma ; qu'elle ne prémunit pas contre les accidents fortuits et paraît impuissante lorsque le barbiturique est fixé sur les centres bulbaires.

La coramine, dont l'antagonisme avec les barbituriques est établi par toute une série d'expériences, s'est montrée efficace contre le coma, n'a jamais déterminé d'accidents qui puissent lui être imputés, et par sa trivalence d'action, sur le centre respiratoire, le système nerveux et le bulbe, semble devoir remplacer avantageusement et avec bien moins de risques la strychnine dans le traitement des intoxications barbituriques.

REVUE DES REVUES

Les bromures dans la thérapeutique infantile (Dr COULON, **Courrier médical**, n° 5, février 1934, Paris).

Dans tous les cas où la médication bromurée est indiquée et en particulier en médecine infantile, le bromure de sodium, sous la forme très pratique de sédobrol, donne es meilleurs résultats. Le sédobrol est un extrait de bouillon végétal concentré achloruré présenté sous forme de tablettes correspondant chacune à un gramme de bromure de sodium, spécialement préparé et chimiquement pur.

Il est toujours très bien toléré, bien accepté des petits malades souvent très difficiles, et il rend les plus grands services non seulement en thérapeutique infantile, mais encore dans tous les cas où il est utile de calmer l'hyperexcitabilité : point très important, le sédobrol n'a aucun inconvénient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 31 mai 1934.

La peste bubonique à Rio Grande. — M. L. TANON commente une information envoyée par M. Duprat (de Rio Grande).

En Argentine, à Rio Grande, la peste n'est jamais autochtone ; elle est importée avec les fourrages, et ne s'étend pas, malgré la présence de nombreux rats. De 1902 à 1914, de nombreux bateaux allemands sont allés de Rio Grande dans divers ports, en particulier à Hambourg. Or, on n'a enregistré, dans ce dernier port, aucun cas de peste ; de même on n'a pas trouvé, à Rio Grande, de rats infectés. La peste, quand elle survient, semble s'y éteindre. On peut se demander, dans ces conditions, quels sont les agents de conservation du virus.

Discussion. — M. CAZANOVE explique que, dans ce cas, la conservation du virus pesteux se fait par la puce Cheopis. Le rat ou l'homme peut ne pas intervenir. Cette opinion ressort des travaux anglais de l'Inde. Girard également a observé l'éclosion de la peste dans les mêmes conditions. Ce fait tient à ce que le bacille reste longtemps dans le corps des Cheopis qui vivent dans les poussières de coton et de céréales ; ainsi s'explique le transport par les bateaux chargés de ces produits. Au Sénégal encore, la Cheopis vit dans la zone maritime et non à 30 kilomètres de là dans une zone plus sèche, et c'est elle qui est l'agent conservateur.

M. PONS demande sur quels arguments est basée l'idée de la conservation du virus par la puce.

M. CAZANOVE estime que les travaux anglais sur ce point sont démonstratifs. Il y a conservation et reviviscence de la peste par la puce.

Sur un diagnostic erroné de tuberculose pulmonaire chez un indigène algérien. — M. MEUNIER cite l'observation d'un indigène de quarante-quatre ans, qui fut adressé à l'hôpital de Menerville (Alger) avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire probable. Le malade, amaigri, présentait des accès de toux quinteuse, avec crachats sanguinolents. Il eut en outre des sueurs, une sensation de douleur pharyngée. Pas de fièvre, signes stéthoscopiques imprécis. Or un jour, au cours d'un examen, il rejeta une sangsue (*Limnatis nilotica*), qui fut extraite avec une pince. Guérison rapide.

La pénétration accidentelle de sangsues dans le pharynx est connue depuis Hippocrate et Galien. Les diagnostics portés par erreur sont : tuberculose pulmonaire, mycose pulmonaire, et, dans les pays chauds, affections entraînant une anémie grave, telles que paludisme.

Il faut noter l'insuffisance thérapeutique pour une affection aussi simple. On a préconisé, pour chasser la sangsue, les fumigations de tabac, les vapeurs sulfureuses, les gargarismes salés, vinaigrés, à l'eau oxygénée, etc. Ces traitements sont souvent inutiles et parfois dangereux (refoulement possible vers les voies respiratoires). Les lavages de gorge à l'eau de Seltz, qui anesthésient la sangsue, sont efficaces.

La sangsue peut être unique, mais on a signalé un cas de polyparasitisme.

On ignore combien de temps les sangsues peuvent séjourner dans le pharynx humain.

Discussion. — M. PERROT préconise l'emploi des pyréthrines qui tuent les sangsues. De même, dans les strongyloses pulmonaires, l'huile pyréthrinée donne de très bons résultats. Les pyréthrines, inoffensives pour les animaux à sang chaud, tuent rapidement les animaux à sang froid.

Il cite des observations où chez des moutons, dans le cas de strongylose, l'emploi de pyréthrine abaissa rapidement la mortalité de 30 à 2 p. 100. Les douves disparaissent également.

M. TANON demande sous quelle forme il faut administrer le médicament.

Les injections intratrachéales, l'introduction dans le pharynx avec une cuiller, semblent les procédés les plus commodes.

M. SIMON croit à la production possible d'hémoptysies dues à l'irritation produite par les pyréthrines.

M. PERROT estime que ces accidents peuvent être évités par l'emploi d'un substratum non irritant : huile d'olive, huile de pépins de raisins.

M. BROQUET demande que, les huiles pouvant être altérables, la date de fabrication soit indiquée.

M. JAMES anesthésie les sangsues avec de la cocaïne, ce qui permet leur extraction.

Quelques cas vécus de pratique médicale dans les territoires sud-algériens. — Le médecin commandant ANDRÉ DREYFUS rapporte quelques cas curieux observés dans le Sud-Algérien : enfant amené en état de mort apparente, sans phénomènes asphyxiques et qui revint à la vie progressivement après le rejet d'une sangsue fixée dans le pharynx ;

Femme indigène incapable de parler, et dans un état d'asthénie extrême qui faisait prédire sa mort par son entourage. Or, elle n'avait qu'une luxation bilatérale de la mâchoire inférieure, qui fut réduite avec la plus grande facilité ;

Homme atteint de rétention chronique d'urine, qui se sondait avec des tiges de bambou et qui guérit après une ponction de la vessie ;

Malade atteint d'une dermatose fistuleuse, qui guérit après la sortie d'une larve, sous l'influence d'un simple pansement humide.

Il signale en même temps la résistance très spéciale des indigènes vis-à-vis des infections.

Action des sels minéraux (chlorure de sodium) sur le terrain. — MM. P. LASSABLIÈRE, A. PEYCELON et DUGAY rappellent l'importance du milieu dans la défense contre les infections. Le but de leur communication a été d'enregistrer les modifications de la nutrition et de la formule sanguine chez le cobaye sous l'influence d'injections répétées d'eau de mer, rendue isotonique par l'addition de trois parties d'eau distillée pour une partie d'eau de mer.

Les cobayes ont reçu 36 injections de 5 centimètres cubes chacune, de façon à provoquer une modification considérable de leur milieu en NaCl. Dans ces conditions, on constate d'abord :

1° Une baisse initiale de 11 p. 100 du poids initial ; puis, au bout d'un mois, une reprise de poids de 19 p. 100. Enfin, une accentuation de cette reprise durant les deux mois suivants, atteignant 26 p. 100.

En définitive, l'augmentation par rapport au poids initial a été de 39 p. 100 en trois mois.

PIERRE SÉE.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Nouveau règlement de l'agrégation des facultés de médecine (*arrêté du* 31 *juillet* 1934).

TITRE PREMIER. — SECTIONS DE L'AGRÉGATION. — ARTICLE PREMIER. — L'agrégation des Facultés de médecine se subdivise en sections, savoir :

1° Anatomie ;
2° Histologie ;
3° Histoire naturelle médicale et parasitologie ;
4° Physiologie ;
5° Chimie médicale ;
6° Physique médicale ;
7° Pharmacologie et matière médicale ;
8° Médecine générale ;
9° Chirurgie générale ;
10° Ophtalmologie ;
11° Oto-rhino-laryngologie ;
12° Obstétrique ;
13° Histoire naturelle pharmaceutique ;
14° Pharmacie ;
15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

TITRE II. — OUVERTURE DU CONCOURS. CONDITIONS D'INSCRIPTION. — ART 2. — Les épreuves qui conduisent à la nomination des agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie forment un concours unique, qui a lieu tous les trois ans.

ART. 3. — Le nombre des places d'agrégés mises au concours est fixé par arrêté ministériel, sur la proposition des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (Commission des sciences médicales et de la pharmacie).

ART. 4. — La date du concours est fixée par arrêté ministériel. Chaque concours est annoncé par un avis inséré au *Journal officiel* six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

ART. 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne la section ou les sections pour lesquelles il concourt, et, s'il y a lieu, la Faculté ou les Facultés pour lesquelles il se présente.

ART. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves de l'agrégation s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il ne jouit de ses droits civiques et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine. Toutefois, pour les sections 13° Histoire naturelle pharmaceutique ; 14° Pharmacie et 15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les candidats doivent justifier soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur ès sciences.

ART. 7. — Les candidats fournissent en s'inscrivant la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent autant que possible un exemplaire de chacun des ouvrages, mémoires ou notes qu'ils ont publiés.

ART. 8. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre, après avis de la Faculté et du recteur de l'académie de leur résidence.

TITRE III. — DU CONCOURS. — ART. 9. — Les épreuves du concours ont lieu à Paris. Elles se divisent en deux séries pour chaque section.

ART. 10. — Les épreuves de la première série comprennent :

1° Une leçon orale de trois quarts d'heure faite après quatre heures de préparation en lieu clos, sous la surveillance d'un membre du jury. Le sujet de cette leçon est tiré au sort par le candidat entre un nombre de questions égal au double du nombre des candidats. Le candidat ne peut utiliser que les livres mis sur sa demande à sa disposition par le jury à l'exclusion de tous documents, livres et notes personnels, et dans la limite des ressources de la bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ;

2° Une épreuve de titres, consistant en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels. La durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure.

ART. 11. — A l'issue des épreuves de la première série, le jury dresse la liste des candidats déclarés admissibles. Cette liste comprend autant que possible un nombre de noms égal au double plus un du nombre des places à pourvoir pour chaque section ou pour chaque Faculté. Seuls les candidats déclarés admissibles sont autorisés à subir les épreuves de la deuxième série.

ART. 12. — Les épreuves de la deuxième série comprennent :

1° Une leçon d'une heure faite après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet tiré au sort par le candidat entre un nombre de questions égal au double du nombre des candidats admissibles ;

2° Une épreuve pratique ou clinique, dont la nature, la durée et les conditions sont déterminées par le jury au moment de la publication de la liste d'admissibilité.

ART. 13. — Dès la première séance, et même si le jury n'est pas définitivement constitué, le président fait l'appel de tous les candidats. Chaque candidat écrit lui-même sur un registre son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt après par le président. Tout candidat qui n'a pas répondu à l'appel de son nom au cours de cette séance est exclu du concours.

ART. 14. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion du concours, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués, et dans l'ordre déterminé par le tirage au sort. Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

ART. 15. — En vue de l'établissement des listes d'admissibilité et d'admission, il est accordé à l'exposé de titres et travaux une importance double de celle accordée à chacune des autres épreuves.

ART. 16. — L'établissement des listes d'admissibilité et d'admission a lieu au scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque nom à inscrire sur ces listes. Dans chaque scrutin, les bulletins blancs comptent comme suffrages exprimés. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour à la majorité relative. Dans ce dernier scrutin la voix du président est prépondérante en cas de partage. Aucun nom ne peut plus être inscrit sur la liste si, dans un scrutin, les bulletins blancs forment la majorité absolue.

NOUVELLES *(Suite)*

ART. 17. — A la fin des épreuves, la liste des candidats admis, arrêtée par le jury, est soumise pour ratification au ministre. Elle est dressée par ordre de mérite. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

ART. 18. — Un délai de dix jours, à compter de la publication de la liste, est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites. Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

ART. 19. — Il est dressé une liste unique d'admission pour chacune des sections suivantes :

1° Anatomie ;
2° Histologie ;
3° Histoire naturelle médicale et parasitologie ;
4° Physiologie ;
5° Chimie médicale ;
6° Physique médicale ;
7° Pharmacologie et matière médicale ;
13° Histoire naturelle pharmaceutique ;
14° Pharmacie ;
15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologique.

Les candidats portés sur cette liste unique d'admission choisissent, suivant leur rang d'admission, la Faculté ou l'École à laquelle ils demandent à être attachés, parmi celles où des emplois de leur section ont été mis au concours. Ils doivent, à cet effet, dès la publication de la liste, adresser leur demande écrite au ministre, en indiquant leur ordre de préférence.

ART. 20. — Pour les sections 8° Médecine générale, 9° Chirurgie générale, 10° Ophtalmologie, 11° Oto-rhino-laryngologie, 12° Obstétrique, il est dressé une liste d'admission par Faculté.

Un même candidat peut figurer sur plusieurs listes.

ART. 21. — Les agrégés sont nommés pour neuf ans par le ministre.

Tout agrégé qui, à la date fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé pour y remplir les obligations de sa charge, ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre, perd son titre d'agrégé et les prérogatives qui y sont attachées. Il perd également le droit de se présenter à tout concours ultérieur en vue de l'agrégation des Facultés de médecine.

Le candidat inscrit sur la liste d'admission, qui, ayant été nommé à un emploi, aura aussitôt décliné cette nomination, perd le titre d'agrégé, mais conserve le droit de se présenter aux concours ultérieurs.

ART. 22. — Les agrégés ayant été en exercice, quelle qu'ait été la durée de l'exercice, ne peuvent se représenter au concours d'agrégation que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section Pharmacie et histoire naturelle ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour les sections 13° Histoire naturelle pharmaceutique et 14° Pharmacie. Les agrégés ayant été en exercice dans la section Pharmacologie ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 7° Pharmacologie et matière médicale.

Les agrégés ayant été en exercice dans les sections : Bactériologie, Hathologie expérimentale, Médecine expérimentale, Bactériologie et hygiène, Hygiène, Anatomie pathologique, Médecine légale, Neurologie et psychiâtrie, Dermatologie et syphiligraphie, Hydrologie thérapeutique et climatologie, ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 8° Médecine générale. Les agrégés ayant été en exercice dans la section Urologie ne pourront pas se présenter aux concours ouverts par la section 9° chirurgie générale.

TITRE IV. — JURYS. — ART. 23. — Les juges du concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie présentés par le conseil de leur Faculté.

Toutefois, pour les sections 13° Histoire naturelle pharmaceutique, 14° Pharmacie, et 15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les Facultés de pharmacie présentent également des professeurs titulaires pour exercer les fonctions de juges titulaires.

ART. 24. — Pour la formation de chaque jury, les Facultés de Paris présentent des professeurs titulaires de chaires en nombre supérieur au nombre des juges qu'elles doivent y compter.

Pour la formation de chaque jury, chaque Faculté des départements présente, si possible, autant de professeurs titulaires de chaires qu'il doit y avoir dans le jury de juges de son groupe : Facultés de médecine, Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, Facultés de pharmacie.

ART. 25. — Les Facultés présentent en outre autant que possible, et dans les mêmes conditions, un nombre égal de professeurs sans chaire et d'agrégés pour exercer les fonctions de juges suppléants.

ART. 26. — Les noms ainsi présentés par les différentes Facultés sont classés en deux listes pour chaque jury par ordre alphabétique :

1° Liste des professeurs titulaires présentée pour les fonctions de juges titulaires ;

2° Liste des professeurs sans chaire et des agrégés présentée pour les fonctions des juges suppléants.

Dans chaque liste, chaque nom reçoit un numéro d'ordre.

ART. 27. — Il est procédé au tirage au sort par une commission composée ainsi qu'il suit :

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, président, ou à défaut son assesseur.

Un doyen d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie des départements.

Un agrégé désigné par le ministre.

Un représentant du ministre.

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

ART. 28. — Ce tirage a lieu en public à la Faculté de médecine de l'Université de Paris dans le mois qui suit la clôture des registres d'inscription aux jour et heure annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché à la Faculté.

ART. 29. — Le tirage au sort pour chaque jury s'effectue de la manière suivante : des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont mises dans une urne. Ces boules une fois mêlées, le président les tire de l'urne une à une et jusqu'à la dernière,

NOUVELLES *(Suite)*

en appelant à haute voix le numéro sorti, puis le nom du professeur et celui du professeur sans chaire ou de l'agrégé correspondant à ce numéro.

Les résultats du tirage au sort sont publiés au *Journal officiel.*

ART. 30. — Le ministre constitue chaque jury en se conformant à la fois aux résultats des tirages au sort et aux prescriptions des articles ci-après. Il en désigne le président.

ART. 31. — Ne peuvent siéger dans un même jury des parents ou alliés jusqu'au degré de cousins germains inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié jusqu'au même degré d'un des candidats.

Aucune Faculté des départements ne peut être représentée par plus d'un juge. Toutefois cette disposition ne s'applique pas dans le cas où un ou plusieurs juges titulaires s'étant récusés, ou étant défaillants, il y a lieu de les remplacer par un ou plusieurs juges suppléants.

ART. 32. — En cas de récusation, de défaillance ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs juges titulaires, à quelque moment qu'il se produise après le tirage au sort, le ou les défaillants ne pourront être remplacés que par des juges suppléants.

Dans ce cas, le jury se complète à sa première séance en faisant appel, suivant l'ordre établi par le tirage au sort, à un professeur sans chaire ou agrégé du même ordre d'enseignement et du même cadre, Paris ou départements.

ART. 33. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de deux jurys au plus au cours d'une même session.

ART. 34. — Cesse de faire partie du jury tout membre qui n'a pas assisté à toutes les épreuves du concours.

Toutefois les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la première séance. Le président convoque par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour où le ou les juges suppléants sont présents.

ART. 35. — Les décisions du jury sont valablement rendues par trois membres pour les jurys de cinq juges ; par quatre membres pour les jurys de sept juges ; par sept membres pour les jurys de onze juges ; par neuf membres pour les jurys de treize juges.

ART. 36. — La direction et la police du concours appartiennent au président qui choisit, après avis des membres du jury, les sujets des compositions, des leçons et des épreuves pratiques ou cliniques destinés à être tirés au sort par les candidats.

ART. 37. — Les jurys des diverses sections du concours sont formés suivant le tableau ci-après :

a. Anatomie. Histologie (jury commun) : sept membres :

Paris : un professeur d'anatomie, un professeur de chirurgie, un professeur d'histologie.

Départements : deux professeurs d'anatomie, deux professeurs d'histologie.

b. Histoire naturelle médicale et parasitologie : sept membres :

Paris : un professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie, un professeur de bactériologie, un professeur d'hygiène.

Départements : un professeur de bactériologie, deux professeurs d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie, un professeur de parasitologie.

c. Physiologie : sept membres :

Paris : un professeur de physiologie, un professeur de pathologie expérimentale et comparée, un professeur de physique médicale ou chimie médicale.

Départements : trois professeurs de physiologie, un professeur de chimie médicale ou de physique médicale.

(Si la Faculté de Paris a désigné un professeur de physique médicale, le représentant des départements sera un professeur de chimie médicale et inversement.)

d. Chimie médicale. Physique médicale (jury commun) : sept membres :

Paris : un professeur de chimie médicale, un professeur de physique médicale, un professeur de physiologie ou de pharmacologie.

Départements : deux professeurs de physique médicale, deux professeurs de chimie.

e. Pharmacologie et matière médicale : cinq membres.

Paris : un professeur de pharmacologie, un professeur de chimie.

Départements : un professeur de pharmacologie ou de matière médicale, un professeur de physiologie, un professeur de chimie ou de toxicologie.

f. Médecine générale : treize membres :

Paris : deux professeurs choisis parmi les professeurs de clinique générale, deux professeurs de cliniques spéciales, deux professeurs choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générale, de pathologie expérimentale et comparée, d'hygiène de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'anatomie pathologique, de médecine légale.

Départements : trois professeurs de clinique générale ou de pathologie interne, deux professeurs de cliniques spéciales, deux professeurs choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générale, de pathologie expérimentale et comparée, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie- d'anatomie pathologique, de médecine légale.

g. Chirurgie générale : onze membres :

Paris : cinq professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale.

Départements : six professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire.

h. Ophtalmologie : cinq membres :

Paris : un professeur de clinique ophtalmologique, un professeur de physique.

Départements : deux professeurs de clinique ophtalmologique, un professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

i. Oto-rhino-laryngologie : cinq membres :

Paris : un professeur d'oto-rhino-laryngologie, un professeur de clinique médicale ou de clinique chirurgicale.

Départements : deux professeurs d'oto-rhino-laryngologie, un professeur de clinique chirurgicale (si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique médicale), ou de clinique médicale (si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique chirurgicale).

NOUVELLES *(Suite)*

j. Obstétrique : sept membres :

Paris : deux professeurs de clinique obstétricale, un professeur de clinique gynécologique de la première enfance.

Départements : trois professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements, un professeur d'hygiène et clinique de la première enfance ou de clinique gynécologique ou de pédiatrie et de clinique infantile.

k. Histoire naturelle pharmaceutique : cinq membres :

Faculté de pharmacie de Paris : un professeur d'histoire naturelle pharmaceutique.

Facultés de pharmacie des départements : un professeur de matière médicale.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : deux professeurs d'histoire naturelle pharmaceutique, un professeur de matière médicale.

l. Pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie (jury commun) : cinq membres :

Faculté de pharmacie de Paris : un professeur de pharmacie.

Facultés de pharmacie des départements : un professeur de chimie ou de toxicologie.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : un professeur de pharmacie, un professeur de chimie, un professeur de toxicologie.

ART. 38. — Tout professeur titulaire dont l'enseignement ne correspond à aucune des spécialités ci-dessus peut cependant être présenté par sa Faculté, qui indique pour quelle spécialité elle entend le proposer.

TITRE V. — MISE EN VIGUEUR DU NOUVEAU RÉGIME. — ART. 39. — Le règlement institué par le présent arrêté entrera immédiatement en vigueur. En conséquence, aucun concours à l'exception de ceux qui seront annoncés lors de la publication dudit arrêté ne pourra avoir lieu sous le régime de l'arrêté du 6 avril 1929.

ART. 40. — Les dispositions de l'article 48 de l'arrêté du 6 avril 1929 relatif aux agrégeables de 1926 resteront en vigueur jusqu'au 31 décembre 1935.

Faculté de médecine de Paris. — Immatriculation. Inscriptions. — I. IMMATRICULATION. — *Immatriculation d'office.* — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 francs,

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichets n°s 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de 12 à 15 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er au 31 octobre dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant, l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 4 francs) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté) ;

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1934-1935, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 heures à 11 heures et de 12 à 15 heures, au secrétariat (guichets n°s 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

1er et 2e trimestres, du 10 au 27 octobre 1934. — 3e trimestre, du 29 mars au 13 avril 1935. — 4e trimestre, du 8 au 24 juillet 1935.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Examens de chirurgie dentaire. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation

NOUVELLES *(Suite)*

en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, *pour quelque motif que ce soit*, ne peut être accordée dans *les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris)*.

SESSION D'OCTOBRE-NOVEMBRE 1934. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 31 octobre 1934.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 5 novembre 1934.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichets nos 2 et 3, les vendredi 5 octobre 1934 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 heures (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 6 octobre 1934 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 heures.

SESSION DE JUIN-JUILLET 1935. — 1° *Examen de validation de stage dentaire*. — La session s'ouvrira le lundi 20 mai 1935.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 11 et mardi 12 mars 1935, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 15 mai 1935.

2° *Premier, deuxième et troisième examens*. — La session s'ouvrira le mercredi 12 juin 1935.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 11 mars 1935 (étudiants à 4 inscriptions) ; mardi 12 mars 1935 (étudiants à 8 inscriptions) ; mercredi 13 mars 1935 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 5 juin 1935.

Examens. — Avis très important. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, *pour quelque motif que ce soit*, ne peut être accordée dans *les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris)*.

1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1934.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 28 mai 1935.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre* 1934. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1934, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1934, sont informés que les épreuves des premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année auront lieu à partir du 15 octobre 1934 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les lundi 1er et mardi 2 octobre 1934, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1934-1935. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen *de fin d'année du 3 au 19 janvier* 1935.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 1er octobre 1934 au 28 mai 1935.

3° THÈSE. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1934.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 18 juin 1935.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique. — Ce cours sera donné à Paris par le professeur Georges PORTMANN du jeudi 18 octobre au mercredi 24 octobre 1934 avec la collaboration des Drs J. Auzimour et P. Leduc.

PROGRAMME. — *Jeudi* 18 *octobre*. — 9 h. 30 : Les otites aiguës (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers). — 3 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical (clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Vendredi 19 *octobre*. — 9 h. 30 : Mastoïde, anatomie, pathologie (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers). — 3 heures : La mastoïdectomie (clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Samedi 20 *octobre*. — 9 h. 30 : Ethmoïde, anatomie, pathologie, chirurgie (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers). — 3 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical (clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Lundi 22 *octobre*. — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial (hôpital de la Croix-Rouge, 8 square des Peupliers). — 3 heures : Amygdales, anatomie, pathologie, chirurgie (clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Mardi 23 *octobre*. — 9 h. 30 : Les otites chroniques (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers). — 3 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques (clinique Franklin, 15, rue Franklin.

Mercredi 24 *octobre*. — 9 h. 30 : Tumeurs malignes du

NOUVELLES *(Suite)*

larynx (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers). — 3 heures : Chirurgie du larynx (clinique Franklin, 15, rue Franklin).

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, Bordeaux.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

15 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel). Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé de chirurgie, de professeur agrégé d'électroradiologie.

16 SEPTEMBRE. — *Besançon.* Ouverture du cours de vacances d'anatomie.

16 AU 22 SEPTEMBRE. — *Lausanne.* Palais « Mon Repos ». Congrès international de radiesthésie. Pour renseignements, s'adresser à l'Association des Amis de la radiesthésie, 105, boulevard Magenta, à Paris.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Cours de phonologie pratique, par M. le Dr WICART.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broca. Ouverture d'un cours de vacances de gynécologie, par M. E. DOUAY.

17 SEPTEMBRE. — *Tours.* Dernier délai d'inscriptions pour le concours de professeur suppléant d'histologie a l'école de médecine de Tours.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sous la direction de M. le professeur OMBREDANNE.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier. Cours de vacances de pratique obstétricale par MM. les Drs METZGER, VAUDESCAL, LANTUÉJOUL, CHEVALLIER, etc.

17 SEPTEMBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

19 SEPTEMBRE. — *Villes d'académie* Dernier délai d'inscriptions pour un concours d'agrégation au deuxième degré.

20 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscriptions pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

22 SEPTEMBRE. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscriptions des candidats au concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école de médecine d'Amiens.

23 ET 24 SEPTEMBRE. — *Châtel-Guyon.* Congrès de la colibacillose.

24 SEPTEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.

25 SEPTEMBRE. — *Rouen.* Hospice civil. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'externat de hôpitaux de Rouen.

25 SEPTEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription pour les cours de l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.

27 SEPTEMBRE. — *Lyon.* Association internationale de pédiatrie préventive.

28 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

30 SEPTEMBRE. — *Brest.* Hospice civil. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Brest.

30 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription pour le concours sur titres de médecin directeur du sanatorium d'Hauteville.

30 SEPTEMBRE. — *Nice.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hospices civils de Nice.

30 SEPTEMBRE. — *Bari.* Congrès italien d'hygiène.

NOUVELLES *(Suite)*

1er OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, à 10 heures, ouverture du cours de dermatologie sous la direction de M. le professeur GOUGEROT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Cours d'enseignement spécial de la technique histologique, sous la direction de M. le professeur CHAMPY.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Quinzaine de revision clinique et technique sur les maladies digestives, sous la direction de M. le professeur CARNOT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. Ouverture des cours de la session 1934.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine, Service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal du secrétariat (9 heures à 11 heures et 12 heures à 15 heures).

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal de la bibliothèque.

1er OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

1er ET 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens d'octobre de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années.

2 OCTOBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque. Cours de perfectionnement d'obstétrique par M. le Dr LACOMME, MM. les Dr RAVINA, DIGONNET, SUREAU, etc.

2 OCTOBRE. — *Constantine.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de quatrième, troisième, deuxième année, à 15 heures.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de physique.

4 OCTOBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de première année, à 9 h. 30.

VARIÉTÉS

JACQUES-RENÉ DUVAL (1758-1854) (1)

Jacques-René Duval naquit en Normandie, à Argentan, le 12 novembre 1758, d'une humble famille d'artisans. Il fit ses études au collège du Mont à Caen. « Nourri, comme l'écrit Londe, de ces belles et nobles études littéraires qui sont l'honneur du médecin », il gardera toute sa vie un culte pour l'antiquité médicale et pour les poètes latins qui occuperont les loisirs de sa vieillesse.

A peine adolescent, il avait été entraîné, soit par occasion, soit par curiosité, dans une salle où des médecins pratiquaient une autopsie. La vue du cadavre ouvert lui avait inspiré de l'intérêt plutôt que de la répugnance et, de ce jour, Duval se promit d'être chirurgien.

C'est à l'hospice d'Argentan qu'il fut initié à l'observation clinique. Le chirurgien de cet hôpital lui fit lire les mémoires de l'Académie de chirurgie, l'obligea à en faire des extraits, ce qui valut à l'élève plus qu'une lecture analysée. Cette étude laissa dans son esprit une impression ineffaçable.

A dix-neuf ans, René Duval vint à Paris.

Admis aux cours qui se donnaient à Saint-Côme et à l'amphithéâtre de dissection, fondé par La Martinière, il ne tarda pas à se faire remarquer comme l'un des meilleurs sujets, et fut nommé élève de l'École pratique.

C'est là qu'il eut plus particulièrement pour maîtres de la Porte et Chopart. Ce dernier le prit en affection et lui témoigna assez de confiance pour le placer auprès d'un de ses plus illustres clients : d'Alembert, dont il réussit à adoucir les derniers jours.

C'est encore à Chopart que Duval dut l'inspiration de sa thèse sur l'anévrysme artério-veineux, le premier travail paru en France sur cette question. Dédiée à de la Porte, elle fut soutenue le 12 juin 1786 sous la présidence de Chopart.

Notre jeune savant y donne d'abord une description anatomique de l'artère humérale et des veines du pli du coude ; puis il rapporte les deux observations de Hunter et celle de Cleghorn, les seules connues à cette époque. La description qu'il donne des symptômes de l'anévrysme artério-veineux est assez complète. Il regarde le pronostic comme bon, la tumeur restant très longtemps stationnaire, et par conséquent ne préconise aucune thérapeutique... (sur ce point, nos idées ont évolué).

Duval, en devenant maître en chirurgie, avait vu s'ouvrir devant lui les portes de l'Académie royale. Il avait le droit d'assister aux séances ordinaires, d'y lire des mémoires, d'y prendre part aux discussions, mais sans droit de vote. Le 22 novembre 1787, il prépare un mémoire intitulé : *Doit-on faire l'opération de la bronchotomie* (c'est-à-dire de la trachéotomie) *dans l'angine varioleuse ?* Il se prononce pour la négative et ne s'appuie pas seulement sur les autorités d'Hippocrate, d'Huxam de Fabrice d'Aquapendente, mais encore sur les plus solides arguments qu'on puisse tirer de l'anatomie pathologique.

Duval, ayant épousé la fille d'un dentiste, s'était plus particulièrement orienté vers l'art dentaire. On se rappelle l'incident créé par la vente de l'Élixir de Françoise Le Roy de la Faudignière, femme Duval... J.-R. Duval s'inclina devant l'arrêt de l'Académie.

Ayant acquis une forte culture générale en chirurgie et en médecine, Duval abordait la pratique de sa profession, *non pas comme un mécanicien ou un industriel, mais en chirurgien et en savant,* « parce qu'il la considérait comme une partie intégrante de la médecine », dit M. H. Larrey.

Il fut ainsi le premier à appliquer les connaissances générales des maladies à l'examen spécial des affections des dents.

Les débuts de la Révolution ne troublèrent pas l'existence de Duval. Sa clientèle prospérait et sa notoriété scientifique allait grandissant.

Le 5 mai 1791 il eut les honneurs de la séance publique de l'Académie de chirurgie, où il avait lu « un historique de l'art du dentiste chez les anciens mettant à contribution poètes, orateurs, historiens, médecins ».

Son assiduité légitimait son passage de la classe des académiciens libres dans celle des adjoints. Il commença à s'y présenter en 1792. Mais l'Académie entrait alors dans des jours sombres et il n'y eut plus d'élection après celle du 2 août 1792. Le 8 août 1793 la Convention décidait que toutes les sociétés dotées par la nation étaient supprimées : les académies comprises... La République n'a pas besoin de savants !

*
* *

Pendant que la plupart des académiciens se cachent, Duval s'adapte aux événements. Suspect en raison de ses attaches et de ses opinions royalistes, il n'en fait pas moins son service dans la garde nationale, et pour prouver son zèle, il se propose au comité de la section de l'Indivisibilité, dont dépend la place des Vosges, pour visiter les malades indigents de la section. Durant l'été torride de 1794, il parcourt les rues du quartier, grimpe les étages.

(1) J.-R. Duval, 1758-1854, par Maurice GENTY, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Le 9 thermidor, tandis qu'à la Convention la sonnette de Thuriot étouffe la voix du « tyran », Duval fait ses visites comme de coutume, impasse Pierre, rue Antoine où va retentir, pour la dernière fois, le cri de « Vive Robespierre » !

Voulant montrer son zèle au comité de sa section, il lui adresse un rapport sur l'état sanitaire d'un quartier de Paris pendant la Terreur. Nous en citerons quelques passages.

Citoyens,

Honoré de la confiance que vous me témoignez, c'est vous en exprimer toute ma gratitude que de venir vous communiquer ce que j'ai fait pour seconder votre zèle dans les secours que vous donnez aux indigents de la section. Non seulement il vous importe de connaître l'esprit des maladies qu'ont essuyées nos concitoyens, mais il vous est aussi nécessaire de connaître le nombre des malades de la section, pour vous mettre à portée d'augmenter vos jouissances dans tout ce que vous désirez faire pour les malheureux.

Depuis les premiers jours de Ventôse, jusqu'à la fin de Germinal, j'ai eu à traiter 120 *malades. De ce nombre, les uns avaient des maladies dont la terminaison était plus ou moins longue, les autres avaient des maladies dont le traitement est toujours long et la cure incertaine, et enfin, quelques-uns dont l'état peut être regardé comme incurable.*

Les deux dernières classes renferment le plus petit nombre de malades. Dans la première, au contraire, j'en trouve beaucoup parmi lesquels :

15 *ont eu la fièvre, soit bilieuse, soit putride ;*

5 *ont eu des fluxions de poitrine ;*

6 *ont eu une fièvre éruptive ;*

11 ont eu la petite vérole.

Sur la totalité de ces malades, il en est mort 5.

Dans toutes les occasions où j'ai été appelé, j'ai fait ce que j'ai dû, et toujours ce que j'ai pu, autant que les circonstances le permettaient. Il a fallu des secours que vous avez accordés à mes malades, de sorte qu'en vous disant que j'ai soulagé l'humanité souffrante, c'est faire naître en vos cœurs une émotion agréable et c'est rapporter à vous aussi, comme à sa source, le vrai bienfait dont j'ai été heureux d'être l'instrument.

Il faut remercier M. Maurice Genty de nous avoir permis de connaître ce document qui nous permet d'être renseignés sur l'état sanitaire d'un quartier de Paris sous la Terreur.

***

La tourmente passée, Duval peut reprendre sa profession et avec le titre de « dentiste » ceux de *membre du ci-devant Collège et Académie de chirurgie de Paris* qui vont le faire participer, de nouveau, à l'activité scientifique du temps.

Lorsque le décret du 14 Frimaire an III eut rétabli l'enseignement, de nouvelles sociétés se formèrent et les membres survivants de l'Académie de chirurgie se groupèrent pour former la *Société de santé*, qui prit, l'année suivante, an V, le nom de : *Société de médecine de Paris.*

Dès le début, Duval appartint à cette société. Il en prend le titre dans quelques-uns de ses ouvrages et en rédige même le plumitif de l'an XI ; la même année il y lit des réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies.

Lorsqu'en Prairial, an VIII, le gouvernement créa la Société de l'École de médecine de Paris, Duval en est nommé associé adjoint. C'est là qu'il présente la plupart de ses communications, mais surtout des mémoires sur l'art dentaire qu'il voudrait faire rentrer dans le cadre général de la pathologie.

Nous tenons, du professeur Lenormant, cette note très caractéristique sur les travaux de Duval :

« Duval, dit-il, est un curieux de la nature s'intéressant à toutes choses, étudiant avec le même enthousiasme une défense d'éléphant ou un cas de pathologie buccale. C'est aussi un humaniste accompli : son style est agréable, émaillé, parfois à l'excès, de citations des auteurs anciens. Cela est bien de son époque et peut paraître à quelques-uns un peu ridicule. Mais combien de dentistes et même de chirurgiens seraient capables, comme Duval, de nous transmettre les recettes des dentifrices aux moyens desquels Octavie, sœur d'Auguste et Messaline, avivaient l'éclat de leurs dents, ou d'écrire un commentaire médical sur une épigramme de Martial ? »

La période du Consulat et de l'Empire fut la plus brillante pour le chirurgien de la rue des Vosges, qui eut aussi la joie d'avoir Marjolin pour gendre, et nous voyons ce dernier nommé à l'Académie de médecine (rétablie par Louis XVIII en 1820), à côté de son beau-père Duval.

« La nouvelle société, dit M. Lenormant, avait le désir légitime d'attirer à elle non seulement les jeunes chirurgiens, mais aussi leurs aînés à titre de membres honoraires. Cet appel ne fut entendu que par un seul : le père de Marjolin (1). Ce dernier mort, Duval fut nommé pour le remplacer. »

La candidature de Duval fut acclamée le 12 janvier 1853. Ce vieillard de quatre-vingt-quinze ans vint, pour remercier la Société de chirurgie, lui

(1) René Marjolin fut l'un de ces 17 chirurgiens, qui ayant à leur tête Auguste Bérard, fondèrent la Société de chirurgie, dans une salle de l'Hôtel de Ville.


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie: plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour: Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre Clonazone Daufresne
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

VARIÉTÉS *(Suite)*

apporter un exemplaire du serment d'Hippocrate, qu'il avait publié en 1818... admirable testament d'un homme qui, partant de côtés, rappelle M. Guéniot, âgé de cent deux ans, comme chacun le sait.

Duval n'appartint que seize mois à la Société de chirurgie et n'y fit que de rares apparitions. « On voyait alors, dit Larrey, siéger au milieu de nous celui que son grand âge avait fait contemporain des maîtres de nos maîtres et qui, redevenant aussi jeune que les plus jeunes de nos collègues, par la vive allure de son maintien et par la tournure animée de son esprit, unissait dans sa personne le glorieux passé de l'Académie de chirurgie au présent et à l'avenir de la nouvelle société. »

Et ce fut sans souffrance (le 16 mai 1854), en causant avec Londes et Patissier, qui étaient venus lui faire leur visite hebodomadaire, que s'éteignit le dernier représentant de l'Académie de chirurgie.

***

Si vous passez, jeunes gens, dans le quartier de la rue Saint-Antoine, du côté de la place des Vosges, joyau de l'ancien Paris, œuvre de quarante rois et de nombreuses générations d'édiles communaux... arrêtez-vous rue de Biraque...

« *La maison du Dr Duval,* dit M. Lenormant, *n'a pas changé : c'est elle qui enjambe, par une voûte, la rue de Birague, là où celle-ci débouche sur la place des Vosges. Elle porte le nom de Pavillon royal, car elle fut, dit-on, bâtie par Henri IV ; et elle conserve encore, à la façade sur la place, le buste du Béarnais, et, à l'opposé, du côté de la rue de Birague, à la frise surmontant les voûtes, l'H initial de son nom.* »

***

Si nous savons davantage que nos anciens, c'est que — montés sur leurs épaules, — nous voyons plus loin qu'eux.

Et nunc erudimini !

Dr Molinéry (Luchon).

REVUE DES THÈSES

De l'antagonisme barbiturique-strychnine et de son application en thérapeutique (Dr Jean Massonnet, *Thèse de Paris*, 1934).

La fréquence de plus en plus grande des intoxications barbituriques a du moins cet avantage qu'elle a permis d'en préciser la symptomatologie avec ses modalités cliniques, et surtout d'en rechercher et d'en trouver des médications plus adéquates basées sur le principe de l'antidotisme ou de l'antagonisme pharmacologique.

Ce principe a été surtout mis à l'ordre du jour depuis les travaux expérimentaux avec la strychnine des Américains Haggard et Greenberg et la communication plus récente de Ide, de Louvain, traitant de l'application à l'homme du traitement strychnique à haute dose en cas d'intoxication barbiturique.

Mais la grosse difficulté du traitement strychnique, c'est l'ignorance dans laquelle on se trouve, en règle générale, sur la dose du toxique qui a été ingérée. C'est donc l'observation minutieuse des réactions du malade, suivies, d'heure en heure, qui permet la graduation du traitement, lequel reste toujours, malgré tout, très délicat.

On a préconisé une autre thérapeutique par la coramine, basée aussi sur l'antagonisme pharmacologique qui existe entre cette substance et les barbituriques. C'est ainsi que Louis Ramond et Delay ont signalé de fort beaux résultats obtenus par la coramine, associée ou non à la strychnine. L'avantage de la coramine est dans sa non-toxicité et la possibilité qu'elle donne d'administrer sans danger des doses très fortes si l'état du malade le réclame ; il semble, de plus, qu'elle agisse, non seulement lorsque l'intoxication est récente, mais encore, grâce à son affinité bulbaire, lorsque le médicament est plus ou moins fixé sur l'encéphale, cas où la strychnine se révèle généralement impuissante.

La coramine permet donc de frapper vite, et très énergiquement s'il le faut, dans un cas de coma barbiturique dont on ignore exactement l'origine et la dose de toxique ingérée, de même que dans un coma datant de plusieurs heures, alors que le médicament est déjà fixé. Y a-t-il avec la strychnine et la coramine antagonisme ou antidotisme vrai? On sait la distinction faite par Zunz entre les deux termes : les médicaments antidotes se neutralisent eux-mêmes, les médicaments antagonistes neutralisent leurs effets. Il apparaît bien que c'est d'un antagonisme qu'il s'agit en l'espèce, les médicaments ne se neutralisant pas eux-mêmes, mais neutralisant seulement leurs actions physiologiques. Cet antagonisme est précoce pour la strychnine, s'étend plus longuement pour la coramine et agit encore, dans une certaine mesure, à la période de fixation bulbaire où la strychnine n'opère plus.

On trouve dans ces notions une base rationnelle au traitement des intoxications barbituriques qui, dans un cas donné, doit tenir compte de l'action élective des médicaments antagonistes.

La choline (Dr Jalef, *Thèse de Paris*, 1932).

Jalef nous présente d'abord un résumé très complet de tous les travaux parus sur la choline, antérieurement à sa thèse.

Il expose les travaux déjà anciens de Deycke et Much, Mehler et Ascher, en Allemagne, qui, avec le borate de choline, avaient obtenu de bons résultats cliniques dans les maladies cachectisantes, cancer et surtout tuberculose. Il s'étend sur les recherches de Pal et Kessler (de Vienne), sur l'action favorable de la choline dans l'hématopoïèse, et son emploi dans le traitement des anémies. Enfin, il étudie les travaux plus récents de Carles et Leuret (de Bordeaux) sur l'emploi de la choline comme tonique général et médication adjuvante dans les tuber-

REVUE DES THÈSES *(Suite)*

culoses, en soulignant leur hypothèse qui paraît aujourd'hui démontrée que la choline agit par un relèvement du cholestérol sanguin.

Jalef fait ensuite une étude physiologique complète de l'action de la choline et montre son influence sur la tension artérielle qui est améliorée, sur les sécrétions qui sont généralement augmentées, sur le tube digestif dont les fonctions sont excitées et sur l'état humoral.

Jalef a vérifié la plupart des idées émises par les divers auteurs, et a constaté, en accord avec eux, les faits suivants :

1° La choline élève régulièrement, et de façon durable, la cholestérolémie toutes les fois que la déficience de l'organisme n'est pas trop accusée.

2° La choline améliore la sécrétion pancréatique, accélère le transit intestinal et permet une nutrition meilleure qui se traduit par une augmentation de poids souvent considérable.

3° La choline augmente régulièrement le nombre des hématies.

Jalef fait une étude clinique de trente observations, la plupart inédites, illustrées de nombreux documents photographiques et radiographiques, ainsi que de courbes thermiques et pondérales.

Presque toutes ces observations se rapportent à des cas de tuberculoses diverses, avec plusieurs guérisons. Quelques-unes ont trait à des anémies légères, ou à des lésions ulcéreuses digestives (travaux de Garno, de Rosenberg, de Roumaillac, etc.).

L'auteur conclut que la choline joue ou paraît jouer, dans l'organisme le rôle d'une hormone endocrinienne, avec excitation du sympathique. Son emploi, à titre de médication adjuvante, mais non spécifique, est légitime dans les tuberculoses, les anémies, les ulcères digestifs.

REVUE DES REVUES

Sur l'Adonis vernalis (Dr N. Quénée, **Courrier médical**, n° 25, Paris, juin 1933).

On connaît les travaux particulièrement intéressants de MM. L. et F. Mercier sur les glucosides cardiotoniques de l'*Adonis vernalis*, adonidoside et adonivernoside dont l'emploi simultané est réalisé par l'adoverne.

L'adoverne se présente sous forme de gouttes et de granules. Les doses habituelles sont de 10 à 20 gouttes ou de 2 granules trois ou quatre fois par jour. Les indications de l'adoverne découlent naturellement de ses propriétés : c'est le médicament type du cardio-rénal. Toute une autre série d'indications vient de sa faible toxicité et de sa non-accumulation dans l'organisme. On le donnera d'abord chez les intolérants à la digitaline et à l'ouabaïne. On le donnera chez les malades dont le cœur a sans cesse besoin d'être soutenu. On le donnera enfin en cures alternées avec les autres toni-cardiaques.

La cicatrisation des ulcères variqueux par un pansement de marche (Dr Maury, **Concours médical**, n° 11, 18 mars 1934, p. 837).

On écrit assez couramment que la technique du traitement ambulatoire des ulcères variqueux est d'origine récente et que l'étranger y joue un rôle de précurseur. En France cependant parut dès 1902 un travail sur « le traitement ambulatoire des ulcères variqueux » par le Dr Maury. Il obtint à cette époque de très nombreuses guérisons, et peu après, perfectionna son procédé en appliquant une bande caoutchoutée spéciale.

L'étude et l'expérimentation des différents traitements antivariqueux conduisent à cette conclusion : l'efficacité maxima paraît être obtenue grâce à l'occlusivité; la compression élastique et la perméabilité du pansement. La mise au point en 1902 du pansement de marche a amené le Dr Maury à satisfaire entièrement aux exigences de ce pansement type.

Son pansement en effet est *occlusif* en ce sens qu'il adhère totalement à l'ulcère ; *souple, élastique*, de par sa composition pharmaceutique ; *spongieux* grâce à la disposition particulière des composants actifs à travers les couches de gaze. La perméabilité aux sécrétions est un caractère sur lequel il est bon d'insister, car une plaie ne doit pas être enfermée comme en vase clos. Il a donc fallu écarter les taffetas imperméables et les pommades qui favorisent la macération des tissus. La *compression élastique* de la bande à tissage coton-caoutchouc active par son massage la cicatrisation de la plaie.

Le pansement se refait tous les trois ou quatre jours ; il est d'application simple et rapide ; le nettoyage de la plaie est facile, aucune pommade n'étant insinuée entre les bourgeons charnus.

A ces avantages pratiques ajoutons : occlusivité, souplesse, élasticité, porosité, massage et compression. Nous possédons un traitement éminemment moderne en accord avec les conclusions des travaux les plus récents, mais qui bénéficie de l'expérience et de la perfectibilité acquises pendant trente ans d'existence : le pansement de marche *ulcéoplaque-ulcéobande*.

Considérations sur l'emploi thérapeutique des hypno-analgésiques (Dr H. Favier, **Courrier médical**, Paris, n° 49, décembre 1933).

D'après l'auteur, les indications de l'allonal sont toutes celles de la médication analgésique et sédative, algies de toute nature, états d'hypersensibilité, hyperesthésies traumatiques et même les insomnies. C'est dire qu'elles intéressent la médecine générale, la chirurgie, la psychiatrie, la gynécologie et surtout la pratique stomatologique. L'allonal se donne à la dose d'un à trois comprimés par jour. A ces doses thérapeutiques usuelles, qui peuvent d'ailleurs être dépassées dans les cas graves, l'allonal n'est pas du tout toxique, n'a aucune action nocive sur le cœur, les reins, les poumons.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS ET LES FEMMES MARIÉES

Les instances intentées par les médecins en paiement des honoraires qui leur sont dus se heurtent, en dehors de toutes les difficultés et de toutes les demandes reconventionnelles qui sont fréquentes, à des obstacles spéciaux quand le médecin a soigné une femme mariée, sans y être autorisé par le mari, sans que celui-ci ait pris la charge du traitement et à une époque où les époux sont séparés.

En règle générale, on peut dire qu'une femme mariée engage la communauté et engage même son mari personnellement pour toutes les obligations qu'elle consent, à la condition que ces obligations ainsi que les dépenses qui en découlent soient en rapport avec les ressources communes et s'appliquent aux besoins du ménage et à l'entretien de la famille.

Les tribunaux estiment en effet que la femme mariée agit à l'égard des tiers dans tous ces cas, en vertu d'un mandat tacite du mari, et qui correspond indirectement à l'obligation qu'a le mari de nourrir et d'entretenir la femme.

De nombreux jugements ont décidé que pour toutes les dépenses qui se justifient et qui n'ont pas un caractère particulièrement somptuaire et hors de proportions avec les ressources du ménage, l'engagement pris par la femme est opposable au mari. Mais si la femme mariée ne cohabite plus avec son mari, et si après avoir abandonné le domicile conjugal elle est présumée avoir renoncé au bénéfice de l'obligation alimentaire et de l'obligation d'entretien, la situation des parties se trouve modifiée. Fréquemment d'ailleurs, on voit des maris abandonnés par leur femme pour les raisons les plus diverses, qui prennent le soin d'avertir les tiers qu'ils se refusent pour l'avenir à régler les dettes de la femme et qui s'opposent par avance à tous les actes qui seraient passés par elle.

Ces principes de droit sont aujourd'hui généralement admis.

Voyons maintenant comment la jurisprudence les applique au sujet des réclamations d'honoraires des médecins ou des chirurgiens.

Lorsque les époux sont séparés de fait, et quand un médecin pratique une intervention chirurgicale sur la personne de la femme, ce chirurgien peut poursuivre le mari, quoique séparé, en paiement de ses honoraires.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

En principe, le seul fait de la séparation, tant qu'elle n'est pas consacrée par un jugement de divorce ou par un jugement de séparation de corps, ne doit pas avoir d'influence sur la situation de droit des époux. En effet, tant que le mariage n'est pas rompu juridiquement, il subsiste au profit de la femme une sorte de mandat domestique qui permet aux tiers d'avoir une action sur une communauté qui continue à exister.

Sur ce point, un arrêt de la Cour de cassation, du 1er juin 1929 (D. P. 1931-1-79) admet que la séparation de fait ne met pas fin au mandat tacite ; et le tribunal de la Seine a jugé, le 11 juillet 1922, que malgré une séparation de fait pré-existante, le mari demeure en principe obligé de payer les honoraires médicaux, quand un médecin ou un chirurgien est intervenu pour donner à la femme des soins nécessaires, ou tout au moins utiles (D. P. 1924-2-105).

Dans une espèce qui s'est présentée devant le tribunal de paix de Toulouse, le 26 octobre 1932, un chirurgien avait opéré une femme, bien que le mari séparé de fait se soit par avance opposé à l'intervention et ait refusé l'autorisation demandée, ajoutant qu'il n'entendait n'être tenu pour responsable d'aucuns frais ni honoraires.

Le chirurgien avait connu cette interdiction et il avait passé outre, bien que l'opération n'eût pas un caractère d'urgence ni de nécessité reconnu et qu'elle n'eût comme but qu'un souci de convenance personnelle. Il s'agissait en effet de la suppression d'un lipome dans le dos, c'est-à-dire d'une excroissance faisant apparaître une voussure sous les vêtements, ce qui présentait un caractère inesthétique évident, mais qui ne comportait aucun danger pour la femme.

Cette intervention ayant pour objet de corriger un défaut physique présentant un caractère inesthétique, ne se justifiait donc ni par un caractère d'urgence ni par une nécessité immédiate. Il semblait donc que le chirurgien n'avait pas à compter sur le crédit du mari ni sur celui de la communauté, qui ni l'un ni l'autre n'étaient engagés.

C'est ce que le tribunal a jugé en disant que le chirurgien qui, malgré l'opposition du mari, a pratiqué dans sa clinique sur la personne d'une femme séparée de fait une opération chirurgicale esthétique, n'a pas d'action en paiement de ses honoraires contre le mari ni contre la communauté. Ce sont les caractères d'urgence et de

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

nécessité, qui font défaut dans l'espèce, qui paraissent avoir décidé le tribunal, parce qu'il est certain au contraire que s'il s'était agi d'une intervention nécessaire et urgente, et le mari et la communauté auraient été tenus de payer, parce que dans ce cas on estime que le chirurgien s'est substitué au mari dans l'exécution de son devoir d'assistance et d'entretien et qu'il a rempli spontanément une obligation qui incombait au mari.

Le jugement du tribunal de Toulouse, du 26 octobre 1932, est ainsi libellé (D. P. 1933-2-107).

« Le Tribunal : Attendu que sur la demande en payement de la somme de 1 379 francs, formée par M. le Dr D.... à M. P...., inspecteur des Chemins de fer du Midi, à propos d'une intervention chirurgicale sur la personne de la dame P..., M. P...., comme mari, oppose une fin de non-recevoir tirée du défaut d'autorisation maritale ; — attendu, en fait, que dans le courant du mois d'août-septembre 1932, le sieur P... fut avisé par le demandeur de son intention de pratiquer dans sa clinique privée une intervention chirurgicale par lui reconnue nécessaire sur la personne de la dame P.... ; que, dès la réception de cet avis, le sieur P...., qui vit séparé de sa femme depuis qu'ayant engagé contre celle-ci une instance en divorce il en a été débouté par arrêt de la cour de Montpellier, s'empressa d'aviser le Dr D.... que non seulement il n'autorisait pas l'intervention dans la clinique privée, laquelle intervention ne devait être poursuivie, par égard à la modicité de ses revenus, que dans les services publics de l'Hôtel-Dieu, mais qu'il s'y opposait et n'entendait dans tous les cas n'être tenu pour responsable du payement des frais de clinique et des honoraires du chirurgien ; que c'est dans cet état de fait que cependant fut pratiquée, le 19 septembre 1932, l'intervention dont les frais, s'élevant à 1 379 francs, sont aujourd'hui réclamés au sieur P.... seul, en sa qualité de mari et de chef de la communauté conjugale existant entre les époux ; — attendu que le Dr D.... ne méconnaît pas avoir eu connaissance des défenses faites par le sieur P.... ; mais qu'il soutient que son intervention, d'une utilité incontestable pour la dame P...., constitue une charge de la communauté, exécutoire vis-à-vis de celle-ci et du mari.

(A suivre.)

Adrien Peytel,
Avocat à la Cour d'appel.

CÉRÉMONIE MÉDICALE

INAUGURATION DU NOUVEAU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

Le jeudi 12 juillet, en présence de M. le sénateur P. Strauss, ancien ministre, représentant M. Louis Marin, ministre de la Santé publique, de M. L. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, et de nombreuses personnalités du monde médical et scientifique parmi lesquelles nous citerons : le professeur d'Arsonval, les professeurs Labbé, Lœper, Rathery, Jeannin, les chefs de service de l'hôpital de la Pitié et de nombreux autres hôpitaux; les médecins généraux Rouvillois et Cadiot..., a été inauguré, à l'hôpital de la Pitié, le nouveau service d'électro-radiologie du Dr L. Delherm.

Personne n'ignore plus aujourd'hui, et surtout depuis la guerre, l'importance capitale qu'a prise l'électro-radiologie dans le cadre de la clinique et de la thérapeutique ; c'est là une des branches les plus fécondes de l'art médical, mais les progrès qu'elle a réalisés, sa croissance extraordinairement rapide au cours de ces dernières années ont vite fait éclater le cadre où elle était confinée.

Si les premières réalisations de l'Assistance publique dans ce domaine ont suivi de peu la découverte de Röntgen; et si, par étapes successives et de plus en plus rapprochées, cette Administration n'a pas reculé devant de coûteuses modernisations de ces services, il s'en est fallu cependant que les progrès marchent de pair avec les nécessités. Il y a peu d'années encore, ils étaient bien à l'étroit les modestes services d'électro-radiologie de nos hôpitaux, même celui de la Pitié qui pourtant suscitait bien des envies et qui, desservant tant à Paris qu'en banlieue une population de plus de 600 000 habitants, voyait décupler, dans des locaux à peine agrandis, le chiffre des examens et des traitements qui y étaient pratiqués.

Mais cela, nous pouvons dire maintenant que c'est le passé ! et nous ne saurions trop louer l'administration de l'Assistance publique des efforts considérables et si heureux qu'elle a faits pour mettre les services d'électro-radiologie à la hauteur de leur importance. Laennec, l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Broussais, la Salpêtrière, le futur hôpital de Clichy ont désormais des services modèles, et celui de la Pitié vient de s'ajouter à la liste de ces si heureuses réalisations.

Peut-être si une place avait été disponible dans les terrains de la Pitié, si les nécessités budgétaires n'avaient pas obligé à recourir à une stricte économie, si enfin des servitudes architecturales n'avaient pas imposé une construction d'un caractère particulier, peut-être alors le nouveau service eût-il été différemment réalisé. Faut-il le regretter ? Nous ne le pensons pas, car, tel qu'il nous a été donné de le parcourir, ce service se présente comme un des plus réussis des services récents.

Nous ne l'étudierons pas en détail, mais nous en résumerons les principales dispositions. Destiné à assurer toutes les applications de l'électro-radiologie, il répond parfaitement à ce but :

Le département électrologique comprend une salle d'attente, une salle d'examen et d'électro-diagnostic (avec un appareil pour la recherche de la chronaxie), une salle d'actinothérapie avec trois boxes de traitement, une grande salle d'électrothérapie contenant douze boxes où peuvent être disposés 16 lits de traitement ; ici sont réunies, en dehors de l'actinothérapie, toutes les modalités de l'électrothérapie (courants continus, faradiques, galvano-faradiques, haute fréquence, diathermie, ondes courtes, infra-rouges) qui peuvent être, grâce aux connexions électriques multiples, utilisées dans n'importe quel box.

Le département radiologique comprend trois parties :

1° Le radiodiagnostic, auquel sont réservées, avec une salle d'attente, six salles dont quatre, jumelées deux à deux, comportent des cabinets de préparation des solutions indispensables en radiodiagnostic et des postes de commande protégés. Chaque salle de radiodiagnostic, tout en pouvant éventuellement servir à n'importe quel genre d'examen (en cas de panne, par exemple, ou d'urgence), est spécialisée ; c'est ainsi qu'il existe des salles pour l'examen du tube digestif, du cœur et des poumons, pour les radiographies viscérales pour la radiographie des membres, pour les examens spéciaux et les recherches scientifiques.

Au radiodiagnostic, et au centre de la place qu'il occupe, un laboratoire de développement avec parties sèche et humide a été disposé pour réduire au minimum les allées et venues et permettre un examen extemporané des clichés.

2° La rœntgenthérapie moyenne dispose de trois boxes pour traitements à 22-25 centimètres d'étincelle équivalente, un quatrième appareil pouvant être utilisé soit en rœntgenthérapie, soit pour des applications de haute fréquence. Tous ces postes sont contrôlés et commandés à distance d'une cabine protégée.

3° La rœntgenthérapie pénétrante est effectuée à l'aide d'une crédence 200 kilovolts avec ampoule dans l'huile et d'un poste à 300 kilovolts pouvant alimenter deux tubes dans l'air.

Ici encore commandes et contrôles s'effectuent d'un poste parfaitement protégé.

Une nouveauté du service, c'est le département des bains de Luxeuil (trois salles de bains avec

CÉRÉMONIE MÉDICALE *(Suite)*

leurs déshabilloirs, une salle de douche, une salle de repos où sont réalisables des applications électro-thérapeutiques), pendant de l'organisation existant, sur la rive droite de la Seine, à l'Hôtel-Dieu, et permettant le traitement physiothérapique des affections gynécologiques.

Les services généraux comportent un bureau pour le surveillant général, bureau de renseignements et d'orientation, « véritable plaque tournante du service » ; un vestiaire pour les médecins, une grande salle de bibliothèque et conférences (avec appareil et panneau de projection), une grande salle de consultations pratiquement et sobrement meublée à la moderne, le bureau du chef de service encadré des bureaux de ses adjoints chargés, l'un du radiodiagnostic, l'autre de l'électro-radiothérapie.

Sans insister sur les mesures toutes particulières qui ont été prises pour assurer de façon parfaite la *protection* aussi bien contre les dangers de la haute et basse tension (isolements, disjoncteurs, tapis de caoutchouc), que contre les dangers des rayons X (parois épaisses, verres au plomb, paravents protecteurs, etc.) et l'*aération* (renouvellement de l'air par aérotherme), nous voulons noter ce qui fait l'originalité de ce service.

A part la rœntgenthérapie moyenne, la bibliothèque et le vestiaire des médecins qui sont au rez-de-chaussée, tout le reste du service est à un même niveau et constitue ainsi un ensemble parfaitement homogène et de disposition très claire. En face du hall d'entrée où se tient le surveillant, les bains de Luxeuil; à droite la rœntgenthérapie pénétrante où ne sont donc appelés à circuler que les malades qui doivent y être traités. A gauche, le département d'électrologie auquel fait vis-à-vis la salle de consultation et les bureaux du chef et de ses adjoints, ainsi placés au centre du service qu'ils ont à surveiller.

Au bout du service, à gauche de l'entrée, le département du radiodiagnostic. Une particularité à signaler est la suppression dans les salles de radiodiagnostic des appareils générateurs qui ont été groupés dans un sous-sol inaccessible pendant le fonctionnement des appareils : gain de place et sécurité sont les deux grands avantages de ce dispositif.

Ajoutons que tout a été mis en œuvre pour rendre le service accueillant : peintures claires, lumineuses, riche documentation iconographique concernant l'évolution de l'électro-radiologie, et plus encore pratique : haut-parleur pour appeler les malades, téléphone entre les différents départements permettant d'éviter au personnel des fatigues inutiles et d'activer le service.

Nous pensons que tous ceux qui visiteront le service ou qui seront appelés à y travailler seront d'accord avec nous pour reconnaître les efforts couronnés de succès du chef, le Dr L. Delherm, dans la conception, et des représentants de l'administration de l'Assistance publique à Paris dans la mise au point de cette réalisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

Séance du 1er juin 1933.

Quinines et quinquinas. — M. Secques rappelle l'opinion du professeur Pouchet, à savoir « que l'emploi du principe actif, au détriment de la préparation galénique, n'est qu'une simplification, et qu'il constitue une atteinte portée à l'action médicamenteuse totale ». Il fait remarquer que cette idée a été émise déjà par Van Helmont, qu'elle a été reprise par Fonssagrives et qu'elle est adoptée par beaucoup de thérapeutes. Aussi fait-il valoir l'action favorable du quinquina qui reste, suivant l'expression de Sydenham, l'*Anchora sacra salutis*, tandis que les alcaloïdes sont les médicaments de choix dans les cas graves qui nécessitent une action rapide et énergique.

Chaque pharmacopée s'est ingéniée à obtenir des préparations de quinine qui fussent exemptes de toute trace des autres alcaloïdes. Cependant ces derniers, qui dans les écorces de quinquina accompagnent la quinine, ont peut-être une action de présence qui n'est pas négligeable. Les formes pharmaceutiques sont trop nombreuses et souvent mal présentées. Le comprimé, s'il n'est pas bien fait, a l'inconvénient d'être difficilement absorbé ; les différentes manipulations qu'il subit : dessiccation préalable, adjonction de substances agglutinantes, compression et dragéification, respectent, apparemment au moins, ses qualités pharmacodynamiques, mais diminuent ou suppriment quelquefois la possibilité d'absorption. Ce point est très important pour les médecins qui ont à lutter contre le paludisme.

Le professeur Perrot a publié en 1925 une importante monographie intitulée *Quinquina et quinine*. M. Secques la complète par la liste des différents sels de quinine suivant toutes les pharmacopées et que l'on rencontre dans le commerce mondial.

Discussion. — M. Tanon fait remarquer que les échecs observés avec l'emploi de la quinine préventive peuvent être dus à l'emploi de comprimés à l'adragante, trop durs pour être absorbés.

Alimentation rationnelle des Européens en Guinée. — M. Schunck de Goldfiem montre que les Européens habitant les pays chauds doivent se soumettre à « l'ambiance alimentaire » de ces pays. Les indigènes qui abandonnent leurs habitudes alimentaires pour adopter la cuisine européenne, surtout le pain, présentent bientôt des troubles gastro-intestinaux et hépatiques.

L'Européen trouvera les éléments de son régime ali-

mentaire dans les fruits, tels que banane, orange, les fruits aqueux, la citronade, le café au lait, les œufs, la viande, la chair de poisson ou de reptile ; les légumes verts ou féculents.

Le café, le thé, la kola peuvent être utilisés en quantité modérée. L'alcool doit être remplacé par le jus des fruits métropolitains. Après le repas, une tasse de Kinkéliba (*Combretum micrantum*) est indiquée à titre de diurétique et anti-hémoglobinurique.

Sur la présence à Paris de la Supella supellictium. — MM. Tanon et Neveu. — La rapidité et la multiplication des moyens de communication ont augmenté l'aire géographique de beaucoup d'insectes depuis quelques années ; et certaines espèces, qui, jusqu'à présent, étaient nettement localisées à l'Asie ou à l'Afrique, commencent à apparaître en Europe. Il y a trois ans, les services d'hygiène de la Préfecture de police ont dû s'occuper de maisons envahies par les fourmis d'Indochine ; plus récemment un immeuble fut infesté par les fourmis d'Argentine ; et il y a quelques semaines une maison était envahie par des blattes, lesquelles n'appartenaient à aucune espèce connue en France. C'est la *Supella supellictium*, qui normalement vit dans l'Orient méditerranéen, et surtout en Egypte, en Palestine et en Syrie. L'enquête démontra que l'appartement avait été habité par une famille syrienne dont les bagages renfermaient des blattes. Celles-ci trouvèrent dans les conduits du chauffage central des conditions thermiques favorables à leur développement et à leur reproduction.

Leur destruction est assez malaisée. L'emploi de poudres insecticides à base de fluorure de sodium, de pyrèthre, les pulvérisations de poudre de pyrèthre avec un pulvérisateur électrique, sont bonnes mais ne les tuent pas. Il sera peut-être difficile de les faire disparaître.

Discussion. — M. Gastou demande si des épidémies ont été en rapport avec l'envahissement par les insectes dont il vient d'être parlé.

M. Navellier préconise l'emploi de la mort-aux-rats, qui réussit même avec les cafards.

M. Galliard a vu le laboratoire de parasitologie envahi par des blattes : les sels arsenicaux montrèrent une action destructive suffisante.

M. Maes préconise l'acide borique.

Trois cas de guérison de mélitococcie. — M. Cambessédès rapporte trois observations de mélitococcie guérie.

La première concerne un homme de vingt ans, dont la maladie, longtemps méconnue, avait fait immobiliser le sujet dans un appareil plâtré en raison de douleurs de la hanche, et qui en était arrivé à la cachexie avec escarres. Deux injections d'endoprotéine amenèrent une guérison très rapide. Le sujet regagna 22 kilogrammes en trois mois.

La deuxième observation est celle d'un homme qui, au troisième mois de sa maladie, fut guéri par deux injections d'endoprotéine. Cette observation, mise en parallèle avec celle d'un malade actuellement à l'hôpital Claude-Bernard et chez qui il y eut insuccès complet de la méthode des endoprotéines, apporte des indications sur le moment où doit se faire l'injection.

Le vaccin utilisé, dans les deux cas, était le même, mais le sujet guéri était au troisième mois de sa maladie, alors que le malade de l'hôpital Claude-Bernard était au dix-septième jour seulement de l'évolution de la mélitococcie.

Il semble donc important de ne faire l'injection vaccinale qu'après un certain temps d'évolution et sous le contrôle de l'état d'allergie.

La troisième observation est significative au point de vue du rapport de l'allergie et de la guérison. Il s'agissait d'une enfant au cinquième mois de sa maladie, elle aussi très longtemps méconnue, et pour laquelle une intervention pour un abcès périrénal à colibacille avait même été tentée. L'intradermo-réaction à la mélitine ayant donné une très forte réaction locale, on sursoit à l'injection vaccinale et on voit la guérison s'établir à la suite de la seule réaction locale comme dans le cas rapporté jadis par le professeur Lemierre.

Du renforcement antiseptique des solutions de sulfate de cuivre par l'addition de très faibles doses de sels. — MM. Tanon, Lassablière, Peycelon établissent, par une étude expérimentale *in vitro*, les points suivants :

1° L'action inhibitrice d'une solution de sulfate de cuivre à 0gr,0003 par litre est surtout manifeste sur les bactéries suivantes : *Br. abortus*, peste staphylo et diphtérique.

Elle est encore nette sur le strepto, mesentericus, pyocyanique et His.

2° La même solution additionnée de doses infinitésimales de fer est encore plus antiseptique que la solution de sulfate de cuivre pure.

3° La même solution additionnée de doses infinitésimales de nombreux sels métalliques (telle l'eau de Saint-Christau) est encore plus antiseptique que les deux olutions précédentes.

4° Ainsi, il résulte que, de même que l'addition de faibles doses de cuivre renforce le métabolisme du fer, comme on le sait, de même nos expériences tendent à démontrer que l'addition de faibles doses de fer ou d'autres sels métalliques renforce le pouvoir antiseptique du cuivre.

Pierre Sée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 12 juillet 1934.

Essais de divers anesthésiques de base. — M. Schneyder.

Sur un cas de leucémie myéloïde passagèrement amélioré par une infection intercurrente. — M. Veyssi rapporte l'observation d'une femme indigène de Tunisie qui, atteinte d'une leucémie myéloïde typique, vit pendant un certain temps son état s'améliorer et sa formule sanguine tendre vers la normale à la suite d'un traitement appliqué par un marabout et qui consista en de colossales pointes de feu sur la région splénique suivies d'une abondante suppuration. La rémission dura quatre à cinq mois.

A propos d'un cas d'intoxication alimentaire par le fromage blanc. — M. Sautriau.

Réaction de Shick et vaccination antidiphtérique. — M. Meersseman, à propos d'une communication récente, envisage la question de la suppression de la réaction de Shick préalable à la vaccination antidiphtérique dans l'armée. En dehors de l'argument pratique, on peut retenir en faveur de cette modification à la technique

actuelle : 1° l'infidélité possible de la réaction de Shick mise en lumière par l'existence de cas de diphtérie chez des sujets à réaction négative ; cas rares d'ailleurs, d'après la statistique de l'auteur (0,81 p. 100) et qui peuvent s'expliquer par divers mécanismes : angines banales chez des porteurs de bacilles diphtériques, discordance entre la négativité de la réaction et le taux antitoxique humoral, fléchissement ultérieur d'une immunité primitivement suffisante ; 2° l'innocuité, *a priori* certaine, de la vaccination chez les sujets à réaction de Shick négative.

A propos des contre-indications rénales de la vaccination associée antidiphtérique et antitypho-paratyphique. — M. Meerssseman rapporte un certain nombre de cas de complications rénales de la vaccination associée : il s'agit d'albuminuries de faible taux avec présence inconstante dans le sédiment urinaire d'hématies et parfois de cylindres sans trouble des fonctions d'élimination évoluant concurremment avec des réactions fébriles plus ou moins accusées. L'auteur insiste sur le caractère exceptionnel de ces complications (13 cas sur près de 10 000 vaccinés), sur la bénignité et la rapidité habituelle de l'évolution, sur le fait que ces accidents paraissent survenir plus volontiers chez des sujets ayant présenté antérieurement de petites albuminuries passagères. Il estime que ces notions doivent faire comprendre dans un sens très large les contre-indications rénales à la vaccination associée et que toute albuminurie, si minime et si transitoire soit-elle, doit entraîner l'abstention vaccinale.

Cinq cas d'ectodermose érosive pluriorificielle. — MM. Andrieu, Guichène et Parnet, à propos de cinq observations nouvelles recueillies dans leur service de janvier à mars 1934, rappellent les travaux d'ensemble déjà publiés sur cette affection, dont ils soulignent les caractères essentiels. Ils insistent particulièrement sur les points suivants : l'ectodermose peut évoluer pour son propre compte, revêtant une allure primitive et isolée ; survenant à la suite d'une maladie antérieure, elle fait naître l'hypothèse de l'ectodermose « maladie seconde » ; primitive ou non, elle est susceptible d'entraîner des complications localisées ou septicémiques à germes banaux.

Contribution à l'étude de la chimiothérapie de la rougeole. — MM. Andrieu et Henri, après avoir passé en revue les méthodes préconisées pour assurer une chimiothérapie active de la rougeole, étudient comparativement chez 261 rougeoleux adultes la méthode de traitement classique, seule ou associée à la chimiothérapie par le chlorhydrate basique de quinine ou par l'amidopyrine (pyramidon). Il convient de ne considérer ces substances que comme des adjuvants d'importance secondaire et de ne les employer qu'avec prudence.

A propos d'un cas de névraxite périphérique mortelle. — MM. Lassale, Sohier et Aujaleu rapportent l'observation d'un sujet de soixante-sept ans qui présenta brusquement une quadriplégie flasque sans troubles sensitifs ni sphinctériens, sans fièvre, et chez qui une ponction lombaire révéla uniquement une dissociation albuminocytologique. Dans la suite, on assista à la diffusion des lésions à tout le névraxe et en particulier au mésocéphale, le malade présentant de la diplopie, du nystagmus et une inversion du rythme somnique et également des douleurs diffuses. Puis, s'installa un état confusionnel avec onirisme et micropsie ; enfin, après avoir présenté des troubles vaso-moteurs et trophiques sous forme d'œdème, de lésions érythémateuses et bulleuses, le sujet succomba au cinquante-neuvième jour de son affection.

Les auteurs rappellent les caractères particuliers à ce syndrome et discutent la pathogénie des troubles vasomoteurs et trophiques. Cherchant à déterminer la nature du virus dans cette névraxite infectieuse à début périphérique, ils donnent des arguments en faveur de l'origine encéphalitique, tout en signalant les difficultés du problème étiologique en l'absence de critère biologique précis.

Méningo-encéphalite syphilitique ou encéphalite subaiguë non suppurée à rechutes autour d'un corps étranger intracranien. — MM. Lassale, Aujaleu et Sohier ont observé un blessé de guerre ayant subi un traumatisme cranio-encéphalique grave par éclat d'obus et suivi immédiatement de coma, d'aphasie transitoire, puis d'hémiplégie spastique droite. Porteur d'un éclat d'obus intracérébral révélé longtemps après la blessure à l'occasion d'une radiographie, le sujet présenta dans une première période des crises d'épilepsie jacksonienne de fréquence décroissante. En 1927, soit dix ans après sa blessure, on assista à l'évolution d'épisodes infectieux aigus ou subaigus à symptomatologie encéphalo-méningée et une ponction lombaire révéla alors non seulement une hyperalbuminose avec lymphocytose, mais aussi une réaction de Bordet-Wassermann positive et un benjoin colloïdal de type syphilitique. Un traitement spécifique arrêta l'évolution des accidents ; s'il n'eut pas dans la suite de valeur préventive contre les autres poussées, il eut une action curative à chaque épisode nouveau.

Les auteurs, après avoir discuté la nature de l'infection encéphalique, admettent que la syphilis a un rôle certain dans le déterminisme de la méningo-encéphalite localisée, l'ancien foyer traumatique et le corps étranger inclus réalisant un point d'appel et un terrain favorable à l'infection tréponémique. Ils insistent, en terminant, sur le psychisme spécial du sujet à base d'euphorie, malgré la gravité des accidents. Cette euphorie pourrait ainsi se rencontrer dans toutes les méningo-encéphalites, quelles que soient leur nature et même leur localisation.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Liste des prix à décerner en 1934 (Bourses de fondations. Bourses de doctorat. Bourses municipales).

J.-A. Sicard : 25 000 francs. — Une ou deux bourses dans le but de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par le travail de laboratoire, cours, publications, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires. — 15 octobre 1934.

Bernheim : 650 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — 15 octobre 1934.

Segond : 5 000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 octobre 1934.

Déroulède : 1 000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 octobre 1934.

Monthyon : 2 500 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1933. — 15 octobre 1934.

Girard : 3 000 francs. — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 octobre 1934.

Saintour : 6 000 francs. — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1934, est le suivant : « Cycle de la vitamine C ».

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, jusqu'au 15 octobre 1934, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. — 15 octobre 1934.

Barbier : 3 300 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — 15 octobre 1934.

Chatauvillard : 2 500 francs. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 janvier 1935.

Jeunesse : 2 500 francs Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène. — 15 octobre 1934.

Léri : 1 500 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1933. — 15 octobre 1934.

Prix Béhier : 4 000 francs. — Prix *biennal* à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. — 15 octobre 1934.

Rigout : 1 000 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. — 15 octobre 1934.

Desmazes : 1 800 francs. — Récompense du meilleur traité sur l'influenza. — 15 octobre 1934.

Lannelongue : 500 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 octobre 1934.

De Rothschild : 2 500 francs. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 octobre 1934.

Carville : 1 000 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 octobre 1934.

Demarle : 780 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 octobre 1934.

De Trémont : 2 000 francs. — Pirx annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Veret : 500 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Hervieux : 3 500 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Dieulafoy : 7 000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 octobre 1934.

Serge-Henri Salle : 200 francs. — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité. — 15 octobre 1934.

Seligmann : 10 000 francs. — Bourse destinée à soigner un externe des hôpitaux de troisième année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 octobre 1934.

Faucher. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 octobre 1934.

Legs Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Bourses de doctorat. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de première année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la note 75 à l'examen P. C. N. (certificat d'études physiques, chimiques et naturelles) ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures des Sciences portant sur la physique, la chimie, ou l'histoire naturelle, et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien ou 1 « bien » et 1 « assez bien ».

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études, sont données au concours.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscrip-

NOUVELLES *(Suite)*

tions, qui ont subi avec la moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les concours ont lieu annuellement au siège des Facultés mixtes et des Facultés de médecine et de pharmacie, dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

Pièces à fournir : I. Pour les boursiers de première année :

1° Demande sur papier timbré à 4 francs ;

2° Notice individuelle (imprimé fourni par la Faculté) ;

3° Extrait du rôle des contributions ou certificat de non-imposition ;

4° Certificat indiquant les notes obtenues au baccalauréat ;

5° Certificat indiquant le nombre de points obtenus au P. C. N.

II. Pour les boursiers devant prendre part au concours :

1° Demande d'inscription au concours, sur papier timbré à 4 francs ;

2° et 3° (comme ci-dessus).

Les pupilles de la Nation peuvent obtenir des bourses de doctorat sans concours, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues par l'arrêté du 15 mai 1927.

Les demandes rédigées sur papier libre et accompagnées des pièces indiquées ci-dessus doivent être *adressées à la Faculté* munies de l'*avis de l'Office départemental des pupilles de la Nation* dont dépend le candidat.

Les demandes de bourse de première année et celles des pupilles de la Nation ne participant pas au concours devront parvenir *complètes à la Faculté* avant le 10 juillet.

BOURSES MUNICIPALES. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1934.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Prix quadriennal de la Fondation internationale de gynécologie et d'obstétrique. — Dans le but de perpétuer les intentions du Comité de gérance de la fortune de l'ancien Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, le Conseil d'administration et le Comité consultatif de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, gérante légale actuelle de ladite fortune, a décidé d'affecter les revenus de celle-ci à la fondation d'un prix d'une valeur de 10 000 francs belges à distribuer tous les quatre ans.

Le prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de gynécologie ou d'obstétrique publié au cours des quatre années précédant celle de la remise du prix.

Les travaux prenant part au concours doivent être publiés dans les langues officielles du Congrès international, c'est-à-dire en allemand, anglais, espagnol, français, italien, ou traduits dans l'une de ces langues.

Les travaux doivent parvenir en double exemplaire au secrétariat de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, douze mois avant la date fixée pour la remise du prix (Dr M. Cheval, 16, rue Alphonse-Hottat, Bruxelles).

Le jury chargé de l'examen des travaux présentés sera nommé par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique parmi ses membres titulaires, correspondants, honoraires, tant nationaux qu'étrangers, et suivant des modalités à déterminer ultérieurement par la société. Le président de la société en fonctions en assurera la présidence. Les membres du jury ne peuvent prendre part à la compétition.

Le prix de la Fondation internationale de gynécologie et d'obstétrique sera remis pour la première fois en juillet 1938, lors de la séance mensuelle de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

IVe Congrès français de gynécologie. — Le IVe Congrès organisé par la Société française de gynécologie aura lieu en 1935, pendant les fêtes de la Pentecôte, les 8, 9 et 10 juin, à Salies-de-Béarn.

Président d'honneur : M. Doléris, membre de l'Académie de médecine.

Président : M. le professeur Guyot, de Bordeaux.

Vice-président : M. Etienne David, de Salies-de-Béarn.

Secrétaire général : M. Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

Le sujet à l'ordre du jour sera :

Les hémorragies génitales de la femme en dehors de la grossesse et des tumeurs.

Les congressistes seront les hôtes de la station pendant les trois jours. Des réceptions, fêtes, banquet, excursions leur seront offerts.

En dehors des membres de la Société française de gynécologie, des membres adhérents en nombre limité pourront être admis. S'adresser, pour tous renseignements, au Dr Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire (Paris-IXe).

Cours de radiodiagnostic clinique.— M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le *mercredi* 10 *octobre, à* 18 *heures*, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Mercredi* 10 *octobre* 1934. — Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers.

Vendredi 12 *octobre.* — Appareil locomoteur.

Lundi 15 *octobre.* — Appareil locomoteur (*suite*).

Mercredi 17 *octobre.* — Appareil digestif.

Vendredi 19 *octobre.* — Appareil digestif.

Lundi 22 *octobre.* — Appareil digestif.

Mercredi 24 *octobre.* — Thorax. Appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

Vendredi 26 *octobre.* — Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

Lundi 29 *octobre.* — Appareil urinaire.

Mercredi 31 *octobre.* — Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections et, à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Stage et cours de perfectionnement (Clinique obstétricale Baudelocque). — Ce cours aura lieu du 1er au 27 octobre, sous la direction du professeur COUVELAIRE, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, accou-

cheurs des hôpitaux ; MM. Aurousseau, Powilewicz, Seguy et Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique ; Mlle Fayot, chef de clinique ; Mme Grand, MM. Lepage et Bonnet, anciens internes.

A. Stage clinique et conférences. — Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les sujets suivants :

M. Lacomme : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide.

Mlle Fayot : Conduite à tenir pendant l'accouchement. Mlle Fayot : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur).

M. Ravina : Complications de la délivrance.

M. Desnoyers : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boiteuses).

M. Desnoyers : Traitement des viciations pelviennes.

M. Cleisz : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation.

Mme Anchel-Bach : Éclampsie à forme convulsive. Éclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire).

M. Séguy : Vomissements graves.

M. Vignes : Anomalies de la contraction utérine.

M. Vignes : Anomalies de la dilatation du col.

M. Levant : Formes cliniques des infections puerpérales.

M. Levant : Traitement des infections puerpérales.

M. Sureau : Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésiculaire.

M. Digonnet : Gestations gémellaires.

Mlle Fayot : Examen du placenta

M. Lacomme : Tuberculose et gestation.

M. Powilewicz : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale.

Mme Anchel-Bach : Cardiopathies et gestation.

M. Digonnet : Infections colibacillaires et gestation.

M. Ravina : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité.

M. Powilewicz : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré.

M. Aurousseau : Chirurgie du nouveau-né.

M. Lacomme : Infections des nouveau-nés.

B. Cours d'opérations obstétricales, sous la direction de M. Portes, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — Ce cours aura lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. Bonnet : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures.

M. Bonnet : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

M. Lepage : Forceps dans les présentations de la face et du front.

M. Bonnet : Extraction du siège.

Mme Grand : Version par manœuvres internes.

Mlle Fayot : Basiotripsie.

Mlle Fayot : Embryotomie rachidienne.

Mme Anchel-Bach : Dilatation artificielle du col. Dilatateurs, dilatation manuelle, ballons.

M. Sureau : Hystérotomies par voie vaginale. Incisions du col. Césarienne vaginale.

M. Portes : Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale, césarienne sur le segment inférieur. (Projection de films.)

M. Portes : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post partum. (Projection de films.)

M. Digonnet : Pelvitomies.

Mme Anchel-Bach : Chirurgie de la période de délivrance (délivrance artificielle, traitement des inversions, transfusion).

M. Sureau : Chirurgie réparatrice.

M. Seguy : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition.

M. Sureau : Chirurgie des gestations ectopiques.

M. Séguy : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique de la tuberculose. — Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Ce cours, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, sera fait par MM. E. Rist et P. Ameuille avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, P. Jacob, J. Levesque et A. Ravina, médecins des hôpitaux ; A. Maurer, chirurgien des hôpitaux ; G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec ; MM. E. Brissaud, J. Rolland, E. Coulaud, F. Hirschberg, E. Hautefeuille, J. Arnaud, A. Soulas, Hinault, et Mlle M. Blanchy, assistants et anciens assistants ; M. S. Doubrow, chef de laboratoire à la Faculté, et M. Evrot, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le lundi 22 octobre 1934, à 11 heures, à la salle des Conférences de la clinique de la tuberculose, à l'hôpital Laennec. Il se composera de leçons et d'exercices pratiques.

Programme des cours. — Lundi 22 octobre, à 11 heures. M. Rist : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures : M. Coulaud : Le bacille tuberculeux. — Mardi 23 octobre, à 16 heures. M. Coulaud : Tuberculine et réactions tuberculiniques. — Mercredi 24 octobre, à 16 heures. M. Rist : Valeur diagnostique et pronostique des symptômes fonctionnels et généraux dans la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 25 octobre, à 11 heures. M. Ameuille : Les lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures. M. Rolland : L'allergie tuberculeuse. — Vendredi 26 octobre, à 16 heures. M. Hirschberg : Technique du pneumothorax artificiel. — Samedi 27 octobre, à 11 heures. M. Rist : Les signes de percussion et leur notation graphique ; à 16 heures. M. Ameuille : Les signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 29 octobre, à 11 heures. M. Rist : Les signes d'auscultation et leur notation graphique ; à 16 heures. M. Brissaud : Oléothorax, thoracoscopie et section de brides. — Mardi 30 octobre, à 16 heures. M. Hirschberg : Accidents et

NOUVELLES *(Suite)*

complications du pneumothorax artificiel. — Vendredi 2 novembre, à 16 heures. M. Hirschberg : Résultats du pneumothorax artificiel. — Samedi 3 novembre, à 11 heures. M. Maurer : Les interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures. M. Jacob : Traitement des accidents et complications de la tuberculose pulmonaire. — Lundi 5 Novembre, à 11 heures. Mlle Blanchy : Résultats de la phrénicectomie ; à 16 heures. M. Rist: Tuberculose et gravidité. — Mardi 6 novembre, à 16 heures. M. Soulas : L'endoscopie rhinopharyngée et trachéo-bronchique dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil respiratoire. — Mercredi 7 novembre, à 16 heures. M. Ravina : La cure d'aération et de repos. — Jeudi 8 Novembre, à 11 heures. M. Arnaud : La tuberculose intestinale ; à 16 heures. M. Hinault : La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 9 novembre, à 16 heures. M. Rist : Charlatanisme et tuberculose. — Lundi 12 novembre, à 11 heures. M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose du nourrisson ; à 16 heures. M. Soulas : Technique et valeur de l'injection de lipiodol dans le diagnostic des maladies broncho-pulmonaires. — Mardi 13 novembre, à 16 heures. M. Hautefeuille : Technique du Dispensaire antituberculeux. — Mercredi 14 novembre, à 11 heures. M. Maingot : Organisation d'un laboratoire radiologique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures. M. Coulaud : La prémunition de la tuberculose par le BCG. — Jeudi 15 novembre, à 11 heures. M. Rolland : Les néoplasmes pulmonaires et médiastinaux ; à 16 heures. M. Doubrow : Les tubercules miliaires. — Vendredi 16 novembre, à 16 heures. M. Evrot : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose. — Samedi 17 novembre, à 11 heures. M. Levesque : La tuberculose de la seconde enfance ; à 16 heures. M. Rist : Principes généraux de la prophylaxie antituberculeuse.

Les exercices pratiques comprendront : 1° La recherche des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques ; 2° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du Dispensaire antituberculeux 5° Le rôle du service social à l'hôpital ; 6° La pratique du pneumothorax artificiel ; 7° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéo-bronchoscopie et de lipiodolo-radiodiagnostic ; 8° Des démonstrations pratiques de thoracoscopie ; 9° Des visites : *a)* à la crèche de l'hôpital Laennec ; *b)* au service de chirurgie thoracique de l'hôpital Laennec (M. le professeur Proust et M. Maurer) ; *c)* au service des femmes tuberculeuses de la Clinique d'accouchements Baudelocque (M. le professeur Couvelaire) ; *d)* au service des nourrisson de la Salpêtrière (M. Ribadeau-Dumas) ; *e)* au laboratoire du BCG, à l'Institut Pasteur ; *f)* au sanatorium de Bligny (M. Guinard).

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats au poste de médecins de dispensaires désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses. S'adresser à M. Arnaud, directeur général du Comité, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve). Le droit à verser est de 250 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures (guichet 4).

Hôpital Broca (Services de MM. Tzanck et Weissenbach). — Avec le concours de MM. Civatte, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Basch et Gilbert-Dreyfus, médecins des hôpitaux ; Bail, Bordier Le Baron, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca ; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. R. André, A. Dreyfus, M. Cord, Lachartre R. Moline, Pautrat et L. Perlès, des leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie seront faites du 2 novembre au 11 décembre 1934.

Programme. — Vendredi 2 novembre, M. Tzanck : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — Samedi 3 novembre. M. A. Dreyfuss : Anatomie normale et pathologique de la peau. — Lundi 5 novembre. M. Pautrat : Erythèmes et érythrodermies. — Mardi 6 novembre. M. Tzanck : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — Mercredi 7 novembre. M. Cord : Les séroses (eczéma, urticaire, mal de Duhring, etc.). Notions des intolérances cutanées. — Vendredi 9 novembre. M. R. André : Les prurigos. — Mardi 13 novembre. M. Tzanck : Les plasies résolutives (papules, végétations) et permanentes (nouures sarcoïdes). Les plaies nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — Mercredi 14 novembre. M. E. Sidi : Les dystrophies cutanées. — Vendredi 16 novembre. M. Civatte : Tumeurs maligues. — Samedi 17 novembre. M. Moline : Les pyodermites.

Lundi 19 novembre. M. Lachartre : Thérapeutique dermatologique. — Mardi 20 novembre. M. Perès : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — Mercredi 21 novembre. M. Fernet : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — Vendredi 23 novembre. M. Basch : Chancre mou. Poradéno-lymphite. — Lundi 26 novembre. M. Weissenbach : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — Mardi 27 novembre. M. Le Baron : Syphilis secondaire. — Mercredi 28 novembre. M. Fernet : Syphilis tertiaire. — Vendredi 30 novembre. M. Gilbert-Dreyfus : Syphilis viscérale tardive.

Samedi 1er décembre. M. Fernet : Syphilis héréditaire. — Lundi 3 décembre. M. Weissenbach : Les médicaments de la syphilis. — Mardi 4 décembre. M. Weissenbach : Conduite du traitement de la syphilis. — Mercredi 5 décembre. Mlle Dobkewitch : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — Vendredi 7 décembre. M. Bordier : Blennorragie aiguë. — Lundi 10 décembre. M. Bail : Blennorragie chronique. — Mardi 11 décembre. M. Martineau : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès de M. Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Chaire de physique médicale et Institut du radium. — Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et

NOUVELLES *(Suite)*

Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

Première partie. — Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic. Décharges dans les gaz. Ionisation. Propriétés fondamentales des rayons X. Rayonnement secondaire. Tubes à rayons X. Mesures. Appareillages. Radio-activité et corps radio-actifs. Radiodiagnostic.

Deuxième partie. — Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie. Effets biologiques des rayons X et des corps radio-actifs. Technologie des rayons X et des corps radio-actifs appliquée à la thérapeutique. Radiothérapie des affections cancéreuses. Radiothérapie des affections non cancéreuses. Accidents de la radiothérapie en général.

Troisième partie. — Electrologie. Photothérapie. Notions physiques sur les courants employés en électrologie. Electrophysiologie Electrodiagnostic clinique. Electrothérapie. Accidents de l'électricité. Photobiologie. Photothérapie. Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 5 novembre 1934, à 18 heures, à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine. Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : Un droit d'immatriculation, 60 francs. Un droit de bibliothèque, 40 francs. Un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs. Un droit d'examen, 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

II. Diplome de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris. — Durée : deux ans. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, accomplis dans certains services désignés spécialement. A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, avant le 15 octobre de chaque année. En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages. Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 francs, 120 fr. ; deux droits annuels de bibliothèque à 40 francs, 80 francs. Un droit d'examen, 250 francs.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

22 Septembre. — *Amiens.* Clôture du registre d'inscriptions des candidats au concours de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école de médecine d'Amiens.

23 et 24 Septembre. — *Châtel-Guyon.* Congrès de la colibacillose.

24 Septembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.

25 Septembre. — *Rouen.* Hospice civil. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

25 Septembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription pour les cours de l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.

27 Septembre. — *Lyon.* Association internationale de pédiatrie préventive.

NOUVELLES *(Suite)*

28 SEPTEMBRE. — *Bucarest.* Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.

30 SEPTEMBRE. — *Brest.* Hospice civil. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Brest.

30 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription pour le concours sur titres de médecin directeur du sanatorium d'Hauteville.

30 SEPTEMBRE. — *Nice.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hospices civils de Nice.

30 SEPTEMBRE. — *Bari.* Congrès italien d'hygiène.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, à 10 heures, ouverture du cours de dermatologie sous la direction de M. le professeur GOUGEROT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Cours d'enseignement spécial de la technique histologique, sous la direction de M. le professeur CHAMPY.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Quinzaine de revision clinique et technique sur les maladies digestives, sous la direction de M. le professeur CARNOT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. Ouverture des cours de la session 1934.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine, Service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal du secrétariat (9 heures à 11 heures et 12 heures à 15 heures).

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal de la bibliothèque.

1er OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures à midi. Ouverture du registre d'inscription pour la première inscription.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription des candidats aux examens (ancien régime).

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription pour les soutenances de thèse.

1er ET 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens d'octobre de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années.

2 OCTOBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque. Cours de perfectionnement d'obstétrique par M. le Dr LACOMME, MM. les Dr RAVINA, DIGONNET, SUREAU, etc.

2 OCTOBRE. — *Constantine.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de quatrième, troisième, deuxième année, à 15 heures.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de physique.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Ouverture du cours de vacances sur les tuberculoses ganglionnaires de l'enfance, par M. le Dr ARMAND-DELILLE.

4 OCTOBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de première année, à 9 h. 30.

5 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

5 et 6 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Inscription des candidats aux examens de chirurgien-dentiste d'octobre.

7-9 OCTOBRE. — *Lyon.* Congrès d'hygiène sociale.

7 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique (bureau du Service de santé). Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. XXIVe Congrès de l'Association française d'urologie. S'adresser à M. le Dr Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, à Paris.

8 OCTOBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture du cours sur les maladies du cœur et des vaisseaux, par M. le Dr Ch. LAUBRY.

REVUE DES CONGRÈS

Ve CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

Lyon, 19-21 *juillet* 1934 (1).

Les Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, qui ne s'étaient pas réunis depuis 1929, à Paris, viennent de tenir leur Congrès à Lyon. Ce Congrès s'est ouvert le jeudi matin 19 juillet. Au cours de la séance inaugurale dans la salle des fêtes de la nouvelle Faculté de médecine, M. le Préfet du Rhône et M. le doyen Lépine ont souhaité la bienvenue aux Congressistes venus fort nombreux. M. le Dr Miliau, président de l'Association, en a montré tout l'intérêt, et M. le Professeur Nicolas, président du Congrès, a retracé l'histoire de la vieille école de l'Antiquaille, et salué la mémoire des membres défunts, hélas nombreux, depuis le dernier Congrès.

Puis on a abordé la première des trois questions au programme, qui sont :

Rapport A. — *Etiologie et traitement du lupus érythémateux.*

Rapport B. — *Diagnostic du bubon chancrelleux.*

Rapport C. — *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

Première Question

La première séance est consacrée à l'audition des trois rapports sur la première question, le *lupus érythémateux.*

Le lupus érythémateux : son étiologie et son traitement.

Professeur Du Bois (Genève), rapporteur.

Dans une première partie, l'auteur passe en revue les *différentes hypothèses étiologiques.* L'étiologie tuberculeuse réunit la majorité des suffrages, surtout depuis que l'on connaît l'existence de tuberculoses non folliculaires, et les virus filtrants. A vrai dire, il s'agit plutôt d'impressions cliniques que de faits indiscutables. A signaler pourtant des cas de disparition du lupus érythémateux après l'ablation d'un foyer tuberculeux (adénite, salpingite). Les statistiques ne nous apportent rien de précis. Certains auteurs n'admettent la tuberculose que dans quelques cas. D'autres croient nécessaire la symbiose syphilo-tuberculeuse, ou tout au moins le terrain hérédo-syphilitique. Il est peu de partisans de l'origine syphilitique pure. Schaumann considère le lupus érythémateux comme une lésion secondaire à un foyer de lymphogranulomatose. Les Américains sont partisans de l'origine streptococcique provenant d'un foyer extracutané quelconque, dentaire ou amygdalien. A signaler enfin l'influence néfaste de certains agents physico-chimiques. Dans toutes ces théories le lupus érythémateux peut être considéré comme l'expression périphérique d'un état infectieux profond, dont les produits entretiennent les réactions cutanées inflammatoires. En réalité, cette infection est tuberculeuse, comme le prouvent les inoculations, les réinoculations, et d'assez nombreuses cultures de sang positives sur Löwenstein.

Dans une deuxième partie, l'auteur étudie *comment adapter au lupus érythémateux les conceptions nouvelles de la tuberculose.* Les travaux modernes établissent l'existence de la forme filtrante du bacille de Koch et sa transmission de la mère au fœtus. Cette hérédo-infection tuberculeuse, la contamination très précoce de tous les sujets indemnes à la naissance, les réinfections successives, laissent dans l'organisme un principe morbide latent, une tuberculose atténuée, le plus souvent ganglionnaire. Sous l'influence de causes diverses, ce principe serait mis en circulation sous une forme ou bacillaire ou granulaire ou filtrante, et se localiserait dans le territoire le plus déficient. Il y a des causes adjuvantes, lumière, froid, troubles circulatoires endocriniens, engendrés notamment par l'hérédo-syphilis.

Pour le *traitement*, les agents physiques, localement, conservent leur intérêt. L'auteur souligne l'efficacité de la cryothérapie et utilise avec succès le radium. Comme médication interne, les arsénobenzols donnent des succès, surtout sur le terrain syphilitique. Aussi l'auteur, chez tous sujets à Bordet-Wassermann positif, commence le traitement par les arsenicaux et n'emploie qu'en dernier lieu l'or, assez dangereux. Quant au bismuth, il donne des résultats immédiats et apparaît comme la meilleure et la plus inoffensive des chimiothérapies. Comme thérapeutique spécifiquement antituberculeuse, l'auteur donne sa préférence à la tuberculine qu'il adjoint toujours à la chimiothérapie.

Etiologie du lupus érythémateux.

Professeur Gougerot et Dr Burnier, rapporteurs.

L'étiologie tuberculeuse est à peu près admise par tous. Cependant d'autres hypothèses ont été émises sur l'origine streptococcique ou syphilitique.

En faveur de la tuberculose, c'est Gougerot, en 1906, qui a apporté le premier fait par l'inoculation positive au cobaye dans deux cas de lupus érythémateux typiques. Mais, cliniquement déjà, on peut soupçonner la nature tuberculeuse du lupus érythémateux par la fréquence des lésions tuberculeuses associées : lésions pulmonaires, tuberculides cutanées, lupus vulgaire, adénopathies. Des lupus érythémateux ont été améliorés par ablation ou irradiation de ganglions tuberculeux. Par contre, les autopsies n'apportent que de faibles arguments. Les réactions à la tuberculine (cuti- ou intradermo-réactions) sont de règle. La réaction focale est souvent positive. La tuberculine a souvent une action directe, favorable ou défavorable, sur le lupus érythémateux. La présence du bacille de Koch dans le lupus érythémateux n'a pu être démontrée sur coupes, et c'est surtout l'inoculation qui peut apporter un argument décisif, à condition d'inoculer des fragments volumineux et récents. L'hémoculture sur Löwenstein, de même que toutes les réactions de laboratoire, ont donné des résultats très discordants. Un dernier argument pour l'étiologie tuberculeuse, c'est l'efficacité thérapeutique des sels d'or.

Les auteurs américains défendent une *théorie toxinique.* Le lupus érythémateux serait dû à des décharges microbiennes provenant de foyers septiques (streptocoques en

(1) Association de la Presse médicale française.

particulier). Leurs arguments sont l'existence de ces foyers septiques, surtout buccaux ; la fréquence de la septicémie, prouvée par les abcès à cocci, l'hémoculture, la réaction à l'auto-vaccin ; et l'efficacité thérapeutique de la destruction du foyer septique et des vaccins.

L'*origine syphilitique* du lupus érythémateux a ses partisans qui se basent sur la fréquence du Bordet-Wassermann positif, des tests d'hérédo-syphilis, la coexistence fréquente de syphilis acquise, et surtout sur les résultats thérapeutiques de la médication antisyphilitique. En réalité, ce traitement ne réussit pas toujours et, au surplus, il n'est pas spécifique. Néanmoins le terrain hérédo-syphilitique peut jouer un rôle et il existe fréquemment des hybrides syphilitico-tuberculeuses.

Certains auteurs ont soutenu que le lupus érythémateux était une *réaction cutanée* au sens de Brocq, pouvant reconnaître une origine diverse : des troubles généraux (tuberculose, streptococcies, syphilis) et des altérations locales (soleil, froid). Le rôle de la lumière est certain, de même celui du froid et de traumatismes minimes ; mais ce ne sont là que des causes déclenchantes. *La cause majeure du lupus érythémateux reste la tuberculose.*

Traitement du lupus érythémateux.

Professeur PETGES (Bordeaux), rapporteur.

L'auteur rappelle d'abord les *notions étiologiques* sur lesquelles le traitement se basera. Il expose les faits cliniques et biologiques qui établissent l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux qui n'est plus guère discutée aujourd'hui. Si la syphilis acquise et surtout héréditaire se rencontre fréquemment chez ces malades, elle peut agir comme terrain, en symbiose, mais non à elle seule. Les foyers infectieux, incriminés par les Américains, de même que les agents physiques (lumière, froid) n'ont qu'un rôle favorisant de déclenchement ou d'aggravation du lupus érythémateux.

Le *traitement externe* conserve son utilité. Les méthodes chirurgicales (scarification, galvano-cautère) ne sont guère utilisées; quant aux agents chimiques (iode, icthyol, bismuth), l'irritabilité du lupus exige qu'on les emploie avec prudence. L'utilisation des agents physiques constitue un très grand progrès. La douche filiforme donne d'excellents résultats dans les formes fixes. La cryothérapie est une méthode de choix, mais elle a l'inconvénient d'être très douloureuse, les récidives sont fréquentes, et il est bon de lui associer le traitement interne. Parmi les méthodes d'électrothérapie, l'auteur cite la d'Arsonvalisation médicamenteuse, l'étincelage de haute fréquence, et il obtient d'excellents résultats avec la diathermo-coagulation. Il repousse la radiothérapie. Le radium, peu employé, a ses partisans, de même que les ultra-violets.

Le *traitement général* comporte d'abord un traitement tonifiant. La quinine a donné de bons résultats. Parmi les traitements spécifiques, la tuberculine n'est utilisée que par de rares auteurs, les vaccins antistreptococciques ont été essayés, de même que les terres rares. Mais c'est à la chimiothérapie que l'on aura surtout recours. Les bons effets du traitement arsénobenzolique sont certains, mais il est souvent mal toléré et ne convient guère pour commencer la thérapeutique, sauf existence d'une syphilis. On n'y aura recours que dans les cas d'échec du bismuth et de l'or. La bismuthothérapie est une médication de choix, tout particulièrement chez le syphilitique. Les résultats sont aussi bons dans les cas anciens que récents. C'est un traitement d'efficacité certaine, parfois rapide, mieux toléré que l'or. Aussi peut-on commencer par le bismuth. Les sels d'or ont donné lieu à de vives discussions. L'auteur préfère la voie intramusculaire, les doses moyennes ou faibles. Les contre-indications sont difficiles à préciser, mais les accidents sont fréquents. La valeur curative des sels d'or est grande et justifie leur emploi, mais après échec des autres traitements.

Communications.

Dr NOGUER-MORE (Barcelone) : *Traitement du lupus érythémateux par le thiosulfate de sodium et le soufre.* — Tous les sels d'or couramment employés contiennent un radical soufré. L'auteur insiste sur l'action du soufre dans les tuberculides et tuberculoses cutanées, sous forme soit de radical thiosulfuré, soit de soufre colloïdal, dans lequel on peut voir une véritable vitamine chimique, modificatrice du trophisme.

Prof. SPILLMANN et Dr WATRIN (Nancy) : *Considérations sur le traitement du lupus érythémateux.* — Les causes du lupus érythémateux sont certainement multiples, et il convient de combiner le traitement local (cryothérapie, à laquelle on peut associer les ultra-violets) et le traitement général. Les auteurs insistent sur la nécessité des médications vaso-constrictives ou endocriniennes. Comme médication spécifique, ils instituent le bismuth, qui agit favorablement même si le Bordet-Wassermann est négatif. Ce n'est qu'en cas d'échec, et chez les tuberculeux à Vernes positif, qu'ils s'adressent aux sels d'or, souvent mal tolérés.

L. HUDELO et R. RABUT (Paris) : *Traitement du lupus érythémateux par les métaux lourds.* — Le mercure est abandonné, l'or donne de beaux succès mais trop d'accidents. Quant au bismuth, les auteurs ont été les premiers à l'employer, d'abord comme antisyphilitique. Mais il peut certainement agir en dehors de toute spécificité, par l'état allergique que crée dans l'organisme l'introduction d'un métal lourd. Les auteurs, qui emploient de préférence l'iodobismuthate de quinine, ont un pourcentage important de guérisons.

Prof. RAMEL (Lausanne) : *Contribution à l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux.* — L'auteur estime que la présence du bacille de Koch dans le lupus érythémateux, même prouvée par l'inoculation, n'a de valeur démonstrative que chez les sujets indemnes par ailleurs de toute lésion tuberculeuse. Sinon le bacille de Koch dans la lésion lupique pourrait n'être qu'une tuberculose contingente. C'est pourquoi il apporte une observation qui lui paraît irréfutable. Une femme, décédée dans son service, présentait un lupus érythémateux du type érythème perrodans. Elle n'avait aucun symptôme bacillaire et l'autopsie minutieuse n'a montré aucun foyer tuberculeux. Or l'inoculation de la lésion lupique a été positive. On peut donc penser que les bacillémies tuberculeuses

---

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

dont la projection cutanée réalise le lupus érythémateux ne sont pas toujours issues d'un foyer tuberculeux, mais traduisent le réveil intermittent d'un parasitisme latent de bacille de Koch.

MM. SÉZARY, LEFÈVRE et HOROWITZ : *Le traitement du lupus érythémateux par les injections bismuthiques.* — Les auteurs commencent toujours le traitement par une série d'injections bismuthiques. Si la guérison est acquise, ils la consolident par plusieurs séries analogues. Si, après deux séries, ils n'obtiennent qu'un faible résultat, ils utilisent la cryothérapie. Ce n'est que dans les rares cas rebelles qu'ils ont recours aux sels d'or, dangereux. L'action curative du bismuth n'est sûrement pas le fait de son pouvoir antisyphilitique.

MM. WEISSENBACH, FERNET et LE BARON recommandent *le Traitement combiné du lupus érythémateux par la cryothérapie et la bismuthothérapie ou les sels d'or.*

MM. GATÉ et P.-J. MICHEL (Lyon) rapportent l'*Histoire d'un lupus érythémateux,* au cours duquel la déviation du complément, le pouvoir bactéricide du sang et des urines étaient très positifs. L'hémoculture sur Löwenstein montra des bacilles acido-résistants. L'inoculation au cobaye donna au quatrième passage des ganglions lombaires avec bacilles acido-résistants.

MM. P. COURMONT, GATÉ, H. GARDÈRE et P.-J. MICHEL (Lyon) : *Lupus érythémateux et tuberculose.* — Les auteurs apportent les résultats des recherches biologiques qu'ils ont pratiquées dans 8 cas de lupus érythémateux et s'abstiennent de tout commentaire.

Au cours de la **discussion** qui a suivi ces communications, le Prof. PAUTRIER (Strasbourg) constate la rareté des faits nouveaux apportés depuis 1926. On admet toujours l'étiologie tuberculeuse, mais on manque de preuves décisives. Le Dr CLÉMENT-SIMON n'est pas persuadé de l'étiologie unique et tuberculeuse du lupus érythémateux. Le Dr JAUSION estime qu'on peut conclure à un hybride de tuberculose et de syphilis, mais le rôle de la lumière paraît indéniable dans certains cas. La rareté du lupus érythémateux dans des pays ensoleillés, qu'a fait remarquer le Dr ROCHA BRITO (Coïmbre), s'explique par l'interférence qui se produit entre lumière et chaleur.

Au point de vue du traitement, le Prof. RAMEL mentionne l'application locale de thorium X-émanation, et les injections intramusculaires de Solganal B en suspension huileuse à 2 p. 100. Le Dr DEKEYSER (Bruxelles) utilise encore les ultra-violets, et surtout le radium chaque fois qu'il le peut. Le Dr RAVAUT recommande d'agir très superficiellement et insiste sur les bons effets du simple étincelage. Le Dr PECKER (Paris) vante également la diathermocoagulation.

Le Dr MARCEL PINARD croit à l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux, mais considère que le traitement bismuthique agit comme un traitement spécifique de l'hérédo-syphilis, qui fait bien souvent le terrain au lupus érythémateux. Le Dr MILIAN administre le bismuth à la dose habituelle des traitements antisyphiliques, et estime, d'autre part, que la cryothérapie donne d'excellents résultats, à condition de savoir l'utiliser, dans certains cas avec une intensité suffisante.

DEUXIÈME QUESTION

Diagnostic du bubon chancrelleux.

Professeur COVISA (Madrid), rapporteur.

Le *diagnostic clinique* du bubon chancrelleux peut être facile lorsqu'on a la coïncidence ou la notion anamnestique du chancre vénérien. Mais il est des bubons tardifs (plusieurs mois après la cicatrisation du chancre) et même des bubons d'emblée, sans lésion ulcéreuse, ressemblant à la maladie de Nicolas et Favre.

Le *diagnostic bactériologique* est difficile. La recherche du bacille du Ducrey dans les chancres ou les adénites fermées, ainsi que sa culture sont très délicates, et les statistiques sont très discordantes sur le pourcentage des résultats positifs.

Le *diagnostic sérologique* est encore à l'étude, la grosse difficulté étant la préparation de l'antigène.

Les *intradermo-réactions*, faciles à réaliser, doivent être rejetées en raison de la rareté des résultats positifs et aussi du danger de créer des lésions plus graves et plus durables que celles que présentait antérieurement le malade.

Ce sont les *réactions allergiques* qui, par leur simplicité, leur innocuité, et leur valeur spécifique absolue, constituent le plus sûr moyen de diagnostic. L'intradermoréaction au Dmelcos est spécifique et constamment positive.

Enfin l'*épreuve thérapeutique* au Dmelcos tranchera la question dans les cas trop complexes.

La valeur des tests biologiques employés pour le diagnostic du bubon chancrelleux.

Professeur JERSILD (Copenhague), rapporteur.

Avant d'aborder l'étude des véritables tests biologiques, l'auteur fait part des résultats de ses recherches de bacilles de Ducrey sur lames. Dans les bubons chancrelleux, il a des recherches positives dans 35 p. 100 des cas, alors que dans les chancrelles sans complication bubonique, la posivité est de 56 p. 100. Ces chiffres sont intéressants, car ils concordent exactement avec ceux que lui donne l'auto-inoculation.

1° L'*auto-inoculation* que l'auteur ne pratique pas suivant l'ancien procédé par scarification, mais suivant un procédé personnel (piqûre d'aiguille sous l'épiderme abdominal), lui a donné 36 p. 100 de résultats positifs alors que pour les chancrelles sans bubon cette positivité s'élève à 61 p. 100. Les résultats n'étant positifs que dans un tiers des cas de bubons chancrelleux, le test n'a donc qu'une valeur relative pour le diagnostic.

2° L'*intra-épidermo-inoculation* de Ravaut ne peut, d'après l'auteur, servir à trancher la nature d'un bubon. Il considère toutes les réactions dites douteuses, sans bacilles de Ducrey, et qui s'élèvent à 78 p. 100 dans sa statistique, comme des réactions allergiques. Ses arguments sont : l'identité d'aspect et d'évolution entre ces réactions douteuses et les réactions au Dmelcos ; le fait

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

u'une suspension de produits chancrelleux stérilisés provoque encore chez le porteur du chancre des lésions du même type, alors que cette même suspension chez un individu indemne de toute infection streptobacillaire actuelle ou antérieure, ne donne aucune réaction, pas plus que le Dmelcos. Enfin, dans la maladie de Nicolas-Favre on obtient des résultats exactement analogues par l'injection de produits frais ou stérilisés de leur propre bubon. Quant aux cas à bacilles de Ducrey, ce sont de vraies inoculations, mais qui ont l'inconvénient d'aboutir parfois à des dimensions et une virulence considérables.

3° L'*intradermo-réaction* au Dmelcos est par contre une réaction tout à fait spécifique. C'est le test le plus précieux pour consolider un diagnostic. L'auteur l'a trouvé positif dans 97 p. 100 des cas. A signaler que les réactions sont d'une façon générale plus intenses chez les porteurs de bubons que dans les chancrelles sans bubon. L'allergie est donc maximum au moment des bubons, ce qui concorde avec les résultats de l'auto-inoculation qui montrent l'affaiblissement de la virulence de la chancrelle, dès l'apparition du bubon. Le seul inconvénient de la réaction au Dmelcos est sa persistance quasi indéfinie.

Dans les cas de diagnostic douteux les injections intraveineuses de Dmelcos ont la valeur d'un véritable traitement d'épreuve.

Diagnostic du bubon chancrelleux.

J. Lacassagne et F. Lebeuf, rapporteurs.

Le diagnostic positif du bubon chancrelleux est généralement facile à faire cliniquement : c'est une adénite aiguë suppurée, le plus souvent inguinale, d'apparence monoganglionnaire, sans adénopathie iliaque, consécutive à une chancrelle génitale. Mais il est des cas de bubons tardifs, survenant après la cicatrisation du chancre. L'existence du bubon dit d'emblée ne paraît pas prouvée.

Les *formes chroniques* paraissent devoir être rattachées à la maladie de Nicolas et Favre. Il est cependant des bubons atypiques qui simulent la poradénite inguinale.

L'ancien procédé de l'*auto-inoculation* par scarification échoue presque toujours et peut donner lieu à des erreurs (fausses pustules d'inoculation). La recherche du bacille de Ducrey à l'examen direct du pus est très infidèle ; par contre, la culture du pus donne des résultats positifs d'après P. Durand.

L'*intradermo-inoculation* de Ravaut et ses élèves est beaucoup plus sensible que la cuti-inoculation, mais on ne doit retenir comme cas positifs que les ulcérations renfermant des bacilles de Ducrey.

Les *méthodes biologiques* donnent des résultats plus constants. L'intra-dermo-réaction d'Ito-Reenstierna est spécifique, et particulièrement marquée chez les porteurs de bubons. L'allergie cutanée persiste pendant de nombreuses années, et disparaît momentanément sous l'influence de la vaccinothérapie spécifique. L'autogène préparé par Nicolle et Durand a permis d'étudier sur une vaste échelle cette allergie chancrelleuse qui est, avec la vaccinothérapie des bubons, une des plus belles découvertes récentes.

La déviation du complément est à l'étude.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec la maladie de Nicolas et Favre. Il se fera sur le mode de début, l'accident initial, l'aspect clinique, l'existence d'une adénite iliaque. Mais il est des formes atypiques de poradénite qui ressemblent beaucoup au bubon chancrelleux, et d'autre part des bubons subaigus avec adénite iliaque qui simulent la poradénite. C'est dans ces cas que les intradermo-réactions d'Ito et de Frei constituent un critère fort utile. La biopsie ganglionnaire permet habituellement le diagnostic différentiel, bien que certains auteurs admettent l'identité de la structure histologique des deux affections.

Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes associées : bubon chancrello-poradénique, ou bubon satellite du chancre mixte de Rollet (on recherchera le tréponème, le Bordet-Wassermann pouvant être passagèrement positif dans le bubon chancrelleux pur). Ici encore, on conçoit l'intérêt de l'intradermo-réaction.

Communications.

Prof. May (Montevideo) : *Contribution au diagnostic du bubon chancrelleux.* — Cliniquement, le diagnostic entre bubon chancrelleux et maladie de Nicolas et Favre est parfois difficile. Il faut alors utiliser l'intradermo-réaction de Ito et la cuti-réaction de Frei, toutes deux spécifiques. L'auteur a observé souvent une réaction de Bordet-Wassermann positive dans la lymphogranulomatose, en dehors de toute syphilis. Il a de même trouvé chez plusieurs malades atteints de Nicolas-Favre, une réaction de Vernes élevée, supérieure à 30. Il ne considère pas cette positivité comme un test de tuberculose.

MM. Gaté, P.-J. Michel et P. Guilleret : *A propos des formes associées et atypiques du bubon chancrelleux.* — Les auteurs, s'appuyant sur 10 observations de formes associées ou atypiques de bubon chancrelleux, apportent le résultat de leur expérience sur la valeur des différents procédés d'investigation qui peuvent être utilisés en pareil cas. Ils insistent sur la valeur du traitement d'épreuve par le vaccin antichancrelleux de Nicolle et Durand pour la solution des cas complexes.

On entame alors la **discussion** du rapport B.

Le Prof. Prieto (Grenade) a observé, sur un grand nombre de cas de bubons chancrelleux, des bubons d'emblée qu'il juge indiscutables, des cellulites chancrelleuses du pli de l'aine chez des obèses, avec lésions histologiques analogues à celles du bubon, des cas d'association de bubon chancrelleux et de maladie de Nicolas-Favre, qui ne guérirent bien que par l'association du Dmelcos et de l'antigène lymphogranulomateux.

Le Dr Rivalier (Paris) considère l'intradermo-réaction au Dmelcos comme d'une valeur diagnostique à peu près absolue, hormis les cas négatifs chez des malades qui ont eu auparavant du vaccin antichancrelleux. Il est utile de la faire systématiquement, car l'inégalité des réactions a un intérêt pour diriger la thérapeutique : grosse réaction, petite dose de Dmelcos, et vice-versa.

Le Dr Ravaut répond aux rapporteurs au sujet de sa méthode d'intradermo-inoculation. Pour le diagnostic du

DERNIÈRES NOUVELLES

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Paris Médical dans le but d'être utile aux confrères et aux malades pendant les mois de vacances, publie les noms, adresses et spécialités de médecins restant à Paris.

M. Henri Beau (électro-radiologiste des hôpitaux), 34, rue de l'Arcade, est présent; M. Maurice Bariéty (médecin des hôpitaux), 77, rue de Monceau, est à Paris du 24 août au 1er octobre; M. Pierre Collin (oto-rhino-laryngologiste), 13, rue Bernoulli, est présent; M. Grisel (chirurgien), 11, rue Bonaparte, est présent; M. H. Lebourg (stomatologiste des hôpitaux), 176, boulevard Haussmann, est présent; M. Desaux (dermatologie), 7, rue de Phalsbourg, est présent; M. Marcel Delestre (accoucheur et gynécologie), 89, avenue de Villiers, est présent jusqu'au 1er octobre; M. André Lambling (médecin des hôpitaux), 20, rue Greuze (XIVe), est présent; M. Albert Julia (gynécologie), 114, boulevard Raspail, est présent; Mlle Gabrielle Lévy (maladies nerveuses), 56, rue d'Assas (VIe), est présente; M. Fernand Benoist (médecine générale et infantile), 78, rue des Saints-Pères, est présent; M. P.-A. Digeon (chirurgien), 25, avenue Mac-Mahon, est présent; M. Pierre Van den Bossche (oto-rhino-laryngologiste), 41, rue Saint-Ferdinand, est à Paris tout l'été; M. Henri Schaeffer (médecin de l'hôpital Saint-Joseph) (maladies nerveuses), 170, rue de la Pompe (XVIe), continue ses consultations régulièrement pendant le mois de septembre; M. Poumailloux (médecine générale et cardiologie), 38, avenue Charles Floquet, est présent, le soir et la nuit, téléphoner à Gif, n° 74; M. Belgodère (Saint-Lazare) (dermato-vénéréologiste), 69, rue Rochechouart, est présent; M. Edgar Bernard (oto-rhino-laryngologie), 66 bis, rue Saint-Didier (XVIe), est présent; M. Henry Guillon (oto-rhino-laryngologiste, 14, rue César-Franck, est présent; M. Louis-H. Leroux (oto-rhino-laryngologiste), 242 bis, boulevard Saint-Germain, est présent; M. Louis Grollet (voies urinaires et gynécologie), 7, rue Gustave Nadaud (XVIe), est présent; M. L. Rouquès (neurologie), 7, rue Gounod, est présent; M. Ovide Bergenstein (voies digestives, transfusion du sang), 142, rue Ordener (XVIIIe), est présent; M. Th. Laennec (accouchement et gynécologie), 150, avenue Victor-Hugo, est présent; M. Renaux (électro-radiologiste), 21, rue Brézin (XIVe), est présent; M. Baratoux (oto-rhino-laryngologiste), 54, rue Bassano (VIIIe), est présent; M. Et Polacco (laboratoire transfusion), 3, rue Crevaux (XVIe), est présent; M. Pierre Eloy, 15, rue du Louvre, est présent; M. Raymond Tournay (affections des veines), 2, rue Dupuytren (VIe), est présent; M. Poujol (oto-rhino-laryngologiste), 1, boulevard Beaumarchais (IVe), est présent; M. H. Roulland (gynécologie), 15, avenue d'Orsay (VIIe), est présent à Paris; M. Félix Rose, 1, boulevard Voltaire, est présent; M. Roger Rossano (ophtalmologie), 113, rue de la Tour (XVIe), est présent; M. Pierre Lejeune (gynécologie et obstétrique), 44, avenue de Suffren, est présent; M. M. Gandy (chirurgien), 142, rue de Courcelles (XVIIe), est présent; M. A. Galliot, 74, rue de Rome, est présent; M. Bornet (médecin stomatologiste), 118, boulevard Raspail (VIe), est présent; M. Lucien Girard (analyses biologiques), 100, rue de l'Université (VIIe), est présent; M. Maurice Lamy (médecin des hôpitaux), 7, rue Davioud, est présent;

M. Antoine Basset, professeur agrégé (chirurgien), 153, boulevard Haussmann, est présent; M. E. Hautefeuille (phtisiologie), 51, avenue de Suffren (VIIe), ne s'absente pas; M. Marcel Thalheimer (chirurgien des hôpitaux), 24, avenue du Recteur-Poincaré, ne s'absente pas; M. Pierre Dubail (chirurgien), 3, square de la Tour-Maubourg (VIIe), est présent; M. Pierre-Paul Lévy, 43, avenue Paul-Doumer, est présent; Mme Marcel Blanchy (phtisiologie), 36, rue Vaneau (VIIe), est à Paris en septembre; M. Maurice Sureau (gynécologie et obstétrique), 11, rue Portalis (VIIe), est présent; M. G. Remi Néris (oto-rhino-laryngologiste), 2, avenue Foch (VIIIe), est présent; M. Schmite (neurologie), 28, rue de Turin, est présent; M. Marc Iselin (chirurgie), 71, avenue Marceau (XVIe), est présent; M. André Klotz, 31, avenue Victor-Hugo (XVIe), est présent; M. Pierre Lonjumeau (voies respiratoires), 4, rue Joseph Bara (VIe), est présent; M. Jean Michaux, 1, rue Albéric, est présent; M. R. Letulle (analyses médico-chirurgicales), 36, rue de Penthièvre (VIIIe), est présent; M. Charles Buizard (chirurgie générale), 3, rue de la Trémoille (VIIIe), est présent; M. Lièvre, 77, rue de Lille, est présent; M. Hébrard, 47, rue de Boulainvilliers (médecine générale), est présent; M. Marquézy, médecin des hôpitaux, 16, avenue George-V, est présent; M. Alfred Juin (oto-rhino-laryngologie), 71, avenue de Wagram, est présent; M. Louis Cleisz, accoucheur des hôpitaux, 126, boulevard du Montparnasse, est présent; M. Florent Coste, médecin des hôpitaux, 41, rue Cardinet, est présent; M. Leroux-Robert (oto-rhino-laryngologiste), 36, rue Washington, est présent; M. Pierre Laurent (chirurgien), 43, boulevard Malesherbes, est présent; Mme Béatrix Tedesco (électro-radiologiste), 5, square Thiers, est présente; M. Jean Rouget (oto-laryngologiste de l'hôpital Trousseau), 15, avenue de Messine, est de retour à Paris; M. René Weill (électro-radiologiste), 9 bis, rue Pierre Demours, est de retour à Paris; M. Masmonteil, 3, avenue Elisée Reclus, est rentré à Paris; M. Neuberger (neuro-psychiatrie), 140, rue de Longchamp, est rentré à Paris; M. H. Bellanger (chirurgie), 2, rue Pigalle (IXe), est rentré à Paris.

Nécrologie

Madame Georges Guinon, veuve du Dr Georges Guinon. — M. Augustin Rey, président de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, président de la Société des hygiénistes municipaux, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Blanchard (de Marseille).

Mariages

Mlle Jeanne Jacquet et M. le Dr Asmus, de la Faculté de médecine de Paris.

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat en médecine - 1934 (*épreuves écrites anonymes*). — Le jury est provisoirement composé de MM. Levesque, Huard, Lantuéjoul, Donzelot, Loederich, Richet, Touraine, Jacob, Grenet, Martin, de Gaudart d'Allaines, Mondor, Labey, Okinczyc, Bergeret.

La première séance d'épreuve écrite aura lieu le jeudi 11 octobre, à 9 heures, au Parc des Expositions à la Porte de Versailles (stand n° 50, entrée des candidats par la Porte monumentale du Parc des Expositions).

Faculté de médecine de Paris

Travaux pratiques de pharmacologie - Série supplémentaire. Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 10 octobre, de 1 heure 45 à 4 heures, à la salle d'expérimentation des Travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie, avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 francs. S'inscrire au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Faculté de médecine de Montpellier

Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte, la donation d'une somme de 10.000 francs que M. le Pr Paul Delmas a fait audit établissement, pour ladite somme être affectée aux frais d'entretien des collections d'art et d'archéologie du musée de la Faculté donataire (*Décret du 11 août 1934*).

Faculté de médecine de Genève

M. le Dr René Gilbert est nommé professeur de radiologie médicale.

M. le Dr Pierre Desse est nommé professeur de diététique, physiothérapie, hydrologie et climatologie médicales.

Faculté de médecine d'Athènes

M. le Pr G. Makkas a été élu doyen.

Ecole de médecine d'Amiens

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histologie à l'Ecole de médecine

d'Amiens, s'ouvrira le lundi 8 avril 1935, devant la Faculté de médecine de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos le 7 mars 1935.

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales

Liste de classement de sortie à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, par ordre de mérite, des médecins lieutenants élèves en 1934 :

MM. Farges, Caillard, Brusq, Touzin, Dauphin, Goez, Raoult, Pons, Lansade, Fricaud, Tourenc, Gillet, Cochard, Verprat, Roussel, Montfort, Lumaret, Ragustin, Viguier, Chassain, Mauze, Guevellou, Lévy, Paoli, Merle, Juskiewenski, Arne, Rozière, Mole, Caussin, Petey, Domairon, L'Hotellier, Deit, Sergent, Robert, Dardill, Goudin, Koerber, Boussier, Pelon, Dagorn, Emile Lebreton, Benderitter, Le Mée, Courtel, Jean Lebreton, Morin, Kerguelen, Brunies, Poudevigne, Le Minor, Desgeorges, Dozoul, Robin, Bosq, Soumaire, Baillet, Cyssau, Perrin, Isoard, Garbies, Mons, Dilhac, Jacob, Ollivier, Robineau, Lafontaine, Le Gouas, Martin, Vergnes, Paravisini, Ghersi, Juillard, Cordier, Prost, Ayme, Rabier, Juguet, Georger, Riu, Henric, Rouvellat de Cussac, Provost, Porte, Decugis, Gloaguen.

Académie de médecine du Brésil

M. le Pr A. Austrogesilo, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, est élu président de l'Académie de médecine Brésilienne.

Sanatorium de Villiers-sur-Marne

Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).

Adresser les demandes à M. le médecin inspecteur, à la Renaissance Sanitaire, 23, rue du Renard, Paris, qui répondra aux demandes de renseignements.

Le traitement varie pour les médecins adjoints de 30 à 48.000 francs, suivant la classe, et pour les titulaires de 48 à 65.000 francs, avec les avantages ordinaires attachés aux poste de médecin des sanatoriums publics.

Le registre d'inscription sera clos le 20 octobre.

Sanatorium d'Oissel

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur au sanatorium d'Oissel en Seine-Inférieure. Les avantages matériels sont équivalents à ceux des sanatoria d'Etat.

Adresser les demandes avec pièces habituelles et références avant le 5 novembre, à M. Halipré, 14, rue Charles-Lenepien, à Rouen.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médailles d'or. — MM. le Pr Marion (de Paris), le Dr Doisy (de Saint-Sever).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Beaudet (de Saint-Sever), Remize (de Nasbinals), Polack (de Montfaucon).

Mission médicale française en Russie

A la suite de la conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui s'est tenue à Varsovie, une délégation française ayant à sa tête le Pr Paul Courmont (de Lyon) est allée visiter les organisations antituberculeuses de l'U. R. S. S.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Par suite du décès de M. le Dr Marcel Léger, une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des bactériologistes.

Les auditeurs sont nommés par le ministre sur une liste double de présentation établie par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les intéressés ont un délai expirant le 1er novembre 1934 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres dans un dossier qui devra être adressé au ministère de la Santé publique (5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe).

Congrès international de physiologie

Le XVe Congrès international de physiologie sera organisé en 1935, à Moscou, selon la décision du XIVe Congrès qui a eu lieu à Rome. Le président du Comité d'organisation est l'académicien I.-P. Pavloff; le secrétaire général, le Pr L.-N. Fédoroff, directeur de l'Institut Panrusse de médecine expérimentale; les membres, L.-A. Orbély, A.-T. Palladine, I.-S. Béritoff, J.-Z. Folbert et Kochtoïantz.

La réinhumation en Bretagne de Laënnec et de sa femme

Les cérémonies de réinhumation de Laënnec ont eu lieu dimanche au bourg de Ploarec. La cérémonie religieuse était présidée par le chanoine Joncour, vicaire général de Quimper.

Dans l'assistance très nombreuse, on remarquait notamment MM. du Fretay, maire de Ploarec; le Dr Ollive, ancien professeur de la Faculté de Nantes; le Pr Chauvel, président du Syndicat des médecins du Finistère; de nombreuses personnalités appar-

tenant au corps médical, ainsi que les membres de la famille de Laënnec.

A l'issue de la cérémonie religieuse, les cercueils contenant les restes de Laënnec et de sa femme née Jacquette Guichard, ont été conduits processionnellement au cimetière où un caveau avait été préparé. Après les prières lithurgiques, M. du Fretay a pris la parole. Les docteurs Cornic, Ollive et Chauvel ont exalté ensuite tour à tour l'œuvre du grand savant.

Médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux

Un concours sur titres pour un poste de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux sera ouvert à Grenoble vers le 15 novembre. Les candidats devront adresser leurs pièces pour le 1er novembre 1934 au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, siège social : Préfecture, Grenoble (Isère).

Les appointements de début de ce médecin seront ceux du médecin adjoint au directeur des services d'hygiène du département, soit : 37.000 francs par an.

Le service de ce médecin commencera le 1er janvier 1935.

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE

Imp. N. Trécult. 8, rue Danton Paris

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

chancre mou, elle paraît plus sensible que la cuti-inoculation, mais si la chancrelle est très infectée, on risque de déterminer des lésions d'inoculation phagédéniques, qu'il est peut-être inutile de provoquer. Pour le diagnostic du bubon fermé, les résultats de l'intradermo-inoculation sont nettement supérieurs à ceux de la cuti-inoculation, et les statistiques ne sont pas toutes, sur ce point, en accord avec le professeur Jersild. Pour le diagnostic du bubon de Nicolas-Favre, l'auteur estime, comme M. Jersild, que l'intradermo-inoculation du pus frais ne donne que des réactions allergiques.

Le Prof. PETGES insiste sur la positivité constante de la réaction de Vernes dans la maladie de Nicolas et Favre. On la rencontre aussi dans le bubon chancrelleux, comme le signale le Dr PECKER (Paris), mais avec un chiffre beaucoup moins élevé. Le Prof. RAMEL (Lausanne), auquel s'associe le Dr RAVAUT, fait au Vernes le grief d'être trop peu spécifique, et d'être positif dès qu'il y a la moindre réaction subfébrile.

Le Dr CLÉMENT-SIMON apporte la curieuse observation d'une maladie de Nicolas et Favre probable, survenue après curettage de papillomes vénériens. Ces papillomes contiendraient-ils le virus ? L'auteur cherche à en extraire un antigène.

Le Dr JAUSION estime que les recherches de bacille de Ducrey sont presque toujours négatives quand on exige les caractères morphologiques indispensables pour affirmer ce bacille.

TROISIÈME QUESTION

L'avant-dernière séance, le samedi matin, a été précédée d'une démonstration de coupes d'anatomie pathologique par M. le professeur Favre, et d'une présentation de malades, dans le service de la Clinique dermatologique de M. le professeur Nicolas. Elle est consacrée à l'exposé des rapporteurs sur la troisième question : *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

Les accidents cutanés au cours des traitements antisyphilitiques.

Dr DEKEYSER (Bruxelles), rapporteur.

La complexité de ces accidents a donné lieu à des interprétations fort diverses.

Les accidents cutanés varient évidemment suivant la *médication antisyphilitique employée*. Les dermatoses par l'iodure (acné, iodides) sont bien connues. Pour le mercure, l'accident le plus fréquent est l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Le bismuth peut donner des éruptions très diverses, mais ces accidents sont beaucoup moins fréquents qu'avec la médication arsenicale. L'auteur est d'accord avec M. Milian pour distinguer

parmi les accidents cutanés des arsénobenzènes les érythèmes précoces dits du neuvième jour et des accidents plus tardifs, toxiques. Les premiers arrivent du septième au dixième jour après l'injection, sous forme d'érythème scarlatiniforme, rubéoliforme et morbilliforme, plus rarement d'urticaire, d'érythème polymorphe, lichen, zona. Par contre, l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse (Milian) est tardive et beaucoup plus grave, caractérisée par l'érythème, la rougeur inflammatoire généralisée, une desquamation variable, une infiltration dermique pouvant aller jusqu'à l'œdème et un prurit très accusé. Elle procède par poussées, dure des semaines, des mois. Il faut encore signaler parmi les accidents arsenicaux les purpuras, les kératoses et les mélanodermies. L'or peut provoquer des manifestations cutanées qui rappellent tout à fait les accidents arsénobenzoliques, depuis l'érythème bénin, morbilliforme ou scarlatiniforme, jusqu'à la grande érythrodermie aurique. A signaler que tous ces accidents sont souvent annoncés par du prurit.

Au point de vue *pathogénie*, il faut considérer la substance toxique et le terrain. Pour Milian, l'intoxication est la cause des érythrodermies vésiculo-œdémateuses. Mais là encore le terrain intervient. Quant aux accidents légers et transitoires du début, Milian les explique par le biotropisme. Ce seraient de vraies rougeoles, rubéoles, etc. Sans doute peut-on presque toujours continuer le traitement, mais l'auteur énumère les arguments opposés à ce biotropisme (incubation, pas de contagion). Après avoir analysé l'anaphylaxie qui n'est qu'un mode d'allergie et ses tests (anaphylaxie passive), il avoue que l'on en est réduit aux hypothèses, la sensibilisation, l'allergie anaphylactique étant peut-être la cause la plus fréquente, mais à laquelle s'associe souvent la pathogénie toxique.

Les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.

Professeur MARGAROT (Montpellier), rapporteur.

Le rapporteur élimine rapidement les accidents locaux par le traitement en applications locales, frictions, injections intramusculaires (dermite livédoïde), pour arriver aux accidents cutanés de caractère éruptif.

Le mercure donne soit des éruptions scarlatiniformes habituellement sèches, soit des éruptions érythématot vésiculeuses. Avec le bismuth, les manifestations sont très polymorphes : prurit, urticaire, érythème scarlatiniforme (précoce ou tardif), érythrodermie œdémo-vésiculeuse, éruptions lichénoïdes, érythémato-pigmentaires purpuriques, enfin zona bismuthique. Les arsénobenzènes provoquent des accidents que, de très bonne heure, on a divisés en éruptions légères et fugaces d'apparition précoce, et érythrodermies tardives, traînantes, parfois mortelles. L'auteur passe en revue le prurit, les urticaires, les éruptions bulbeuses et arrive aux éruptions du type « érythèmes du neuvième jour » (Milian), scarlatiniformes, morbilliformes, ou rubéoliques, avec des formes plus rares (érythémato-purpurique ou érythème polymorphe). Les érythrodermies exfoliantes, œdémateuses surviennent généralement en fin de série, annoncées par du prurit, marquées par la rougeur, la desquamation, l'infiltration œdémateuse, un état général variable, et une évolution fort longue. Certains auteurs ont signalé son action favorable sur l'évolution de la syphilis. A signaler encore la possibilité de kératodermie, d'éruption lichénoïde, de troubles pigmentaires, de purpura et d'herpès ou de zona. L'atteinte du foie joue un rôle certain dans beaucoup de ces dermatoses.

Dans la *pathogénie* extrêmement complexe de ces accidents cutanés, l'hypersensibilité au médicament employé paraît être le phénomène prépondérant. Les tests biologiques (intradermo, transmission de la sensibilité au cobaye) en montrent fréquemment l'existence dans les érythèmes du neuvième jour où elle est associée au biotropisme, et dans les érythrodermies œdémateuses graves où elle s'intrique certainement à l'intoxication. Le biotropisme, pour être moins constant, est un facteur important. Direct, il explique les réactivations de la syphilis cutanée. Indirect, il n'est pas discuté dans l'éveil de maladie autonome comme le zona, et il peut intervenir dans les érythèmes du neuvième jour. L'auteur voit dans ceux-ci des « dermites infectieuses secondes, de caractère allergique, parfois intriquées d'intolérance médicamenteuse ».

Quant au traitement, il visera surtout l'intolérance, justiciable d'une thérapeutique désensibilisatrice.

Les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.

Dr MILIAN (Paris), rapporteur.

Ces accidents médicamenteux sont dus à une intolérance de trois ordres : biotropique (directe ou indirecte), toxique, ou rarement les deux associées.

Parmi les *dermatoses infectieuses biotropiques provoquées par le* 914, certaines réalisent une maladie indiscutable, réveillée par la médication : la furonculose, l'érysipèle, le zona, l'herpès, le lichen plan. Le biotropisme est au contraire discuté dans les érythèmes survenant autour du neuvième jour : érythèmes rubéoliformes (avec des ganglions), scarlatiniformes, morbilliformes, roséoliformes rappelant la roséole saisonnière des enfants), ou encore érythèmes polymorphes. Ces érythèmes du neuvième jour ne sont ni anaphylactiques, ni toxiques, mais infectieux. Leur allure clinique de maladie infectieuse, leur reproduction par d'autres médications que le 914, la multiplicité des types éruptifs, leur contagion possible, l'existence d'autres accidents infectieux apparaissant au neuvième jour, enfin le fait que l'on peut sans inconvénient continuer le traitement, entraînent la conviction de l'auteur. Il est d'autres accidents infectieux cutanés qui ne surviennent pas toujours au neuvième jour : l'érythème iris, souvent en fin de cure, l'urticaire, qui peut au reste avoir une étiologie variable, toxique aussi bien qu'infectieuse. De même le purpura : à côté du purpura infectieux du neuvième jour, il existe des purpuras toxiques. Le 914 peut enfin réveiller le trisyndrome médaillons, dyshidrose, nappes érythémateuses régionales (Milian) dont l'agent infectieux reste à déterminer.

Les *accidents cutanés toxiques du* 914 se résument à peu près dans l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, tantôt eczémateuse, tantôt exfoliante. Elle apparaît tardivement, son début est insidieux, précédé de prurit ; on note de l'œdème avec augmentation de poids, oligurie, rétention des chlorures (Milian). Elle prend une forme soit eczémateuse, soit desquamative, avec atteinte des poils et des

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ougles. Il faut encore distinguer cette érythrodermie toxique de certains érythèmes polymorphes et de l'érythrodermie streptococeique qui y ressemble, mais est quelquefois plus préeoee, et préeédée d'un phénomène infeetieux qu'il faut reehereher. L'auteur signale la sensibilité cutanée aux arsénobenzènes prouvée par l'intradermo positive dans les érythrodermies toxiques.

Les aceidents du *mercure* sont peu fréquents, les uns biotropiques, directs (réaetion d'Herxheimer) ou indircets (maladies très diverses et peut-être tubereulose), les autres toxiques. Il s'agit alors soit d'érythèmes généralisés, soit de dermites mercurielles loeales d'origine externe (pommade mereurielle). L'*iodure* donne lui aussi des aeeidents toxiques (purpura) ou biotropiques (aené, érythème polymorphe, tubereulose). Les éruptions du *bismuth* sont peu fréquentes : érythrodermies, furoncles, urtieaire. Dans le traitement par l'*or*, on a pu observer des érythèmes du neuvième jour et des érythrodermics vésiculo-œdémateuses comme avee les arsénobenzènes.

Communications.

La einquième et dernière séanee est fort ehargée, par le nombre important des communieations relatives au rapport C.

MM. Carreras et Vilanova (Bareelone) eommuniquent un eas de *lichen plan consécutif à un traitement arsenical.*

Le Prof. May (Montevideo) apporte d'intéressantes remarques *sur les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

Prof. Ramel (Lausanne) : *Des toxidermies ulcéreuses de pronostic mortel consécutives au novarsénobenzol.* — L'auteur rapporte 2 eas d'un syndrome cutané uleéreux de pronostie mortel, eompliquant une érythrodermie post-arséuobenzolique de earaetère papulo-vésieuleux.

Le Dr Tzanck apporte *quelques réflexions sur les accidents de la chimiothérapie antisyphilitique.* Il y distingue deux grauds groupes. D'une part, l'érythrodermie qui est l'aecident le plus fréquent, généralement tardif, et qui eorrespond à une réaetion d'intolérance tissulaire. D'autre part, un seeond groupe d'éruptions, plus rares, eomprend, à eôté de dermatoses toxiques (kérato-ou mélanodermies) ou biotropiques (zona, herpès, furoneles), des rash morbilliformes, rubéoliques, scarlatiniformes, d'allure infeetieuse. Ce ne sont pas, pour l'auteur, de véritables rougeoles ou searlatines, biotropiques. Il en fait des rash de la ehimiothérapie, analogues aux rash de la variole ou des méningoeoeeémies.

MM. Jausion, Fautrel et Champsaur : *Essai d'interprétation expérimentale des accidents cutanés chimiothérapiques.* — Les auteurs reconnaissant pour eause unique aux faits de biotropisme et d'intoléranee, l'injure faite à la

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

moelle osseuse par le toxique. Il peut en résulter un syndrome hématique cliniquement décelable. Mais, de toute façon, la réceptivité de l'organisme est augmentée, tant vis-à-vis des microbes saprophytes, qui se font pathogènes, que pour les substances inertes, qui deviennent toxiques. Les auteurs apportent leurs recherches menées sur 25 animaux, et de nombreuses microphotographies de moelle et de rate, témoignant de ce blocage médullaire dans toute chimiothérapie.

Le Dr BARTHÉLEMY (Paris) apporte *un cas de purpura bénin au cours d'un traitement par l'oxycyanure de mercure.*

MM. Y. BUREAU et RENAUD (Nantes) font une intéressante communication sur l'*éosinophilie dans les érythèmes arsenicaux.* Les mêmes auteurs ont fait l'*étude du fonctionnement hépatique, par l'épreuve de la galactosurie, dans les érythrodermies arsenicales*, et ils concluent que la fonction hépatique semble peu perturbée, cette perturbation étant fonction de l'état hépatique antérieur.

MM. ROGER VIGNE et RAYBAUD (Marseille) signalent *deux cas de névrite sciatique consécutive à une dermite livédoïde post-bismuthique.*

MM. GATÉ, THIERS, et P. CUILLERET (Lyon) : *L'allergie dans les accidents cutanés de la chimiothérapie antisyphilitique.* — Les auteurs apportent les résultats que leur ont donnés les tests biologiques de la sensibilisation (cuti et intradermo-réactions, sensibilisation passive) dans 47 cas d'accidents cutanés divers de la chimiothérapie antisyphylitique. Les résultats sont en faveur du rôle de la sensibilisation, surtout dans les accidents précoces. Les mêmes auteurs apportent, en se basant sur 4 observations, *un nouveau test de l'allergie médicamenteuse : la mise en évidence de la substance d'Oriel.*

MM. GATÉ, THIERS, CUILLERET et CHARPY (Lyon), étudiant *la substance d'Oriel dans le traitement des accidents allergiques de la chimiothérapie antisyphilitique*, apportent une observation d'érythrodermie novarsénobenzolique qui fut rapidement guérie par la « substance d'Oriel ». Les auteurs montrent l'intérêt de cette thérapeutique et posent la question de la désensibilisation possible des malades par cette méthode.

Le Prof. G. PETGES et le Dr A. PETGES (Bordeaux) relatent des cas d'*accidents cutanés simulant le lupus érythémateux au cours de traitements bismuthiques.*

Dr RAVAUT : *Réflexions sur la nature des accidents cutanés du traitement antisyphilitique.* — L'auteur ne partage pas l'opinion de M. Milian sur l'origine biotropique des érythèmes dits du neuvième jour. Il expose les raisons pour lesquelles il n'y voit qu'un conflit humoral passager,

(Suite à la page IX.)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

d'un mécanisme obscur, mais non infectieux. L'auteur signale d'autre part un syndrome lympho-cutané post-arsénobenzolique, qui paraît avoir une étiologie tuberculeuse.

Au cours de la **discussion** qui suivit ces communications, le P[r] PRIETO (Grenade) se déclare convaincu de la nature allergique des érythrodermies vésiculo-œdémateuses (désensibilisation possible, élimination de la substance d'Oriel), et du rôle important de l'insuffisance hépatique (galactosurie, extraits de foie). Le P[r] RAMEL estime que, dans les manifestations cutanées du novarsénobenzol, les trois grandes causes toxique, allergique, et biotropique, interviennent, le plus souvent associées.

Sont intervenus dans la discussion M. le P[r] PAUTRIER, M. le D[r] CHEVALIER (Paris), et M. le D[r] NOGUER-MORE (Barcelone) qui a étudié les variations de la cholestérinémie au cours des érythèmes arsenicaux et recommande le traitement par les injections d'extrait hépatique.

Cette séance a été honorée de la visite de M. le Président Herriot, qui est venu dire son regret de n'avoir pu assister, la veille, à la réunion de la médaille offerte au professeur Nicolas, par ses élèves et ses amis à l'occasion de son jubilé. Le vendredi après-midi a été en effet consacré à cette cérémonie au cours de laquelle M. le professeur Favre, M. le doyen Lépine, M. le gouverneur militaire de Lyon, M. Gougerot, M. Spillmann, M. Milian, M. Jersild, M. Gaté, puis le plus jeune élève du professeur Nicolas, et enfin M. le recteur, ont pris la parole pour saluer la haute personnalité scientifique et l'inlassable dévouement de M. le professeur Nicolas. Il a été lu une allocution de M. Darier, au nom de l'Académie de médecine.

Le Congrès s'est agrémenté de diverses réceptions offertes par le Comité de la médaille, le professeur Nicolas, le D[r] Carle et le D[r] Laurent, à Saint-Etienne. Il s'est terminé dimanche 22 et lundi 23 juillet, par deux excursions, à Uriage et au Mont-Pilat.

L'Assemblée générale de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, réunie en séance de clôture, sous la présidence de M. Milian, a décidé que le prochain Congrès aurait lieu, pendant les vacances de Pâques 1937, à Barcelone. P. DUGOIS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

APPLICATION DE LA TAXE UNIQUE SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre des Finances,
Vu les articles 8 à 13 de la loi du 6 juillet 1934 ;
Vu les articles 1[er], 6 à 11, 17 et 18, 28 à 31, 34 à 36, 39 à 41, du décret du 19 juillet 1934,

Décrète :

Définition des produits imposables.

ARTICLE PREMIER. — En vertu de l'article 6 du décret du 19 juillet 1934, sont, à compter du 1[er] août 1934, soumis à une taxe unique, au taux de 5 p. 100 :

a. Les spécialités pharmaceutiques, à l'exception des savons, lesquels restent, dans tous les cas, passibles de la taxe unique sur les corps gras.

b. Les poudres, sels, comprimés et généralement tous produits préconisés comme destinés à préparer des eaux minérales artificielles et des boissons gazéifiées.

La taxe unique de 5 p. 100 se substitue à l'impôt sur le chiffre d'affaires et à la taxe à l'importation ainsi qu'aux impôts prévus par les articles 151 à 155 du décret de codification du 28 décembre 1926 (impôts indirects divers) et par l'article 295 du décret de codification du 21 décembre 1926 (code des boissons), lesquels articles sont abrogés par l'article 11 du décret du 19 juillet 1934 précité.

ART. 2. — Aux termes de l'article 7 dudit décret sont considérés comme spécialités pharmaceutiques, qu'ils soient destinés à l'homme ou aux animaux, les produits simples ou composés, présentés comme jouissant de propriétés curatives ou préventives, auxquels le fabricant ou le vendeur attache une dénomination particulière ou dont il réclame soit la propriété d'invention, soit la propriété exclusive, ou enfin dont il recommande l'emploi au moyen d'une publicité quelconque.

ART. 3, § 1[er]. — La taxe unique est perçue :

Soit à l'importation ;

Soit sur les ventes faites par les fabricants de l'intérieur.

Sont assimilées à des ventes pour le payement de la taxe, les livraisons de produits visés à l'article 1[er] ci-dessus faites par les redevables à des magasins de vente au détail leur appartenant ou même à de simples dépôts appartenant à des tiers.

§ 2. — Est considérée comme fabricant ou producteur toute personne ou société qui fabrique ou prépare des produits visés à l'article 1[er] ou qui les fait fabriquer à façon, ou, encore, qui leur confère les caractères par lesquels ils se définissent.

ART. 4. — Sont exonérés de la taxe unique :

a. Sous réserve des justifications prescrites par le titre II de l'arrêté ministériel du 28 août 1920, les ventes faites par les fabricants pour l'exportation directe ;

b. Les produits que les pharmaciens préparent dans leur officine pour les livrer directement à leur clientèle, sans publicité et exclusivement au détail.

Ces derniers produits restent placés sous le régime normal de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

ART 5. — La taxe de 5 p. 100 est due sur le prix de vente au détail, taxe comprise.

L'inscription de ce prix sur les étiquettes, en caractères apparents, est obligatoire.

Exceptionnellement, pour les ventes directes faites par les fabricants aux hôpitaux et hospices nationaux, départementaux ou communaux ayant le caractère d'établissements publics de bienfaisance ainsi qu'aux hôpitaux privés reconnus d'utilité publique, la taxe sera calculée sur le prix effectif de cession auxdits établissements sous les conditions suivantes :

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

a. Les produits devont être livrés en vrac ou sous conditionnement spécial comportant simplement l'indication du nom et de l'adresse du fabricant, la désignation ou la formule du profuit et en caractères rouges très apparents, la mention « Produits réservés aux hôpitaux — vente interdite » ;

b. Lesdites livraisons devront être effectuées à un prix inférieur d'au moins la réduction d'impôt à celui pratiqué pour les mêmes produits à l'égard des grossistes ;

c. Le fabricant vendeur devra être en mesure de justifier de ces livraisons par des commandes écrites de l'établissement acheteur ou par des marchés passés avec celui-ci.

ART. 6, § 1er. — Tout fabricant de produits visés à l'article 1er ci-dessus (à l'exception des pharmaciens dans la mesure où ils sont susceptibles de bénéficier de l'exonération prévue à l'alinéa *b* de l'article 4 du présent décret) est tenu de déposer avant le 15 août 1934, au bureau du receveur des contributions indirectes dont il dépend, une déclaration indiquant :

a. Ses nom, prénoms et domicile et, s'il s'agit d'une société, sa raison sociale ;

b. L'emplacement de son ou de ses établissements de production, s'il produit par lui-même ; l'emplacement du ou des établissements du préparateur, ainsi que le nom et le domicile de celui-ci, s'il produit par tiers ;

c. L'emplacement du ou des magasins de vente lui appartenant ;

d. La nature et l'appellation des produits au titre desquels il est passible de la taxe de 5 p. 100 ;

e. Le prix de vente au détail de chacun de ces produits.

Il devra, en outre, déposer un spécimen des différents paquetages de ses produits.

§ 2. — Une déclaration identique devra être souscrite dans les quinze jours du commencement de leurs opérations par les nouveaux producteurs.

§ 3. — Le fabricant qui cesse d'exercer sa profession, celui qui cède son industrie, celui qui en devient acquéreur, doit en faire aussitôt la déclaration au bureau du receveur des contributions indirectes qui a reçu la déclaration prévue par le présent article.

ART. 7, § 1er. — A défaut d'une comptabilité dégageant les éléments indiqués ci-après, tout producteur soumis à la taxe unique doit tenir un livre spécial divisé en deux parties.

§ 2. — Il inscrira à ce livre :

a. Dans la première partie :

Au jour le jour, le montant, déterminé comme il est dit à l'article 5 ci-dessus, de chacune de ses ventes ou livraisons soumises à la taxe unique.

b. Dans la seconde partie :

Au jour le jour, le montant, déterminé comme il est dit à l'article 5 ci-dessus, de chacune des ventes faites par lui en vue de l'exportation aux négociants visés à l'article 8 ci-après.

§ 3. — Chaque inscription de vente au livre spécial devra porter le nom et le domicile de l'acheteur.

§ 4. — Le redevable remettra ou adressera, dans les dix premiers jours de chaque mois, au bureau du receveur des contributions indirectes chargé de la perception de l'impôt, un relevé établi d'après sa comptabilité ou le livre spécial en tenant lieu et mentionnant, pour le mois précédent, le montant des opérations taxables et le montant de la taxe.

§ 5. — Le paiement de la totalité des droits exigibles d'après le relevé déposé par les redevables sera fait au moment de la remise ou de l'envoi dudit relevé.

ART. 8, § 1er. — Les simples commerçants en produits visés par l'article 1er du présent décret vendant à l'exportation pourront être admis à prendre la position de producteurs et, par suite, à recevoir lesdits produits en suspension du paiement de la taxe.

§ 2. — Ils devront dans ce cas :

1° Adresser une demande au directeur départemental des contributions indirectes, dans laquelle ils s'engageront à remplir, à compter de la date de l'autorisation, toutes les obligations imposées aux producteurs par la loi et le présent décret et, en particulier, à acquitter la taxe unique, sur les bases fixées par l'article 5 ci-dessus, à raison des ventes ou des livraisons faites par eux à la consommation intérieure ou des manquants ;

2° Fournir, à l'appui de cette demande, une déclaration, par espèce de produits, de leurs stocks.

§ 3. — A la condition que les intéressés justifient du paiement antérieur de la taxe unique sur leurs stocks, ristourne leur sera faite de cette taxe par imputation sur le montant des droits dont ils seront ultérieurement constitués redevables au même titre.

§ 4. — Les simples négociants admis à la qualité de producteur devront, pour justifier la suspension du paiement de la taxe unique sur les livraisons qui leur seront faites, remettre à leurs fabricants fournisseurs, pour chaque affaire, une attestation en double exemplaire dans laquelle :

a. Ils rappelleront la décision de l'administration leur reconnaissant la qualité de producteur ;

b. Ils s'engageront à acquitter la taxe unique sur les produits dont ils ne pourront justifier l'exportation.

L'un des exemplaires de cette attestation sera mis par le fabricant fournisseur à l'appui de sa comptabilité ou de son livre spécial ; l'autre, annoté par le fabricant, du détail de la livraison (désignation des produits livrés, quantités, valeurs d'après le prix de vente au détail), sera remis ou envoyé par ledit fabricant au service local des contributions indirectes pour être transmis au directeur de la même administration dans la circonscription de laquelle relève le négociant acheteur.

§ 5. — Les négociants autorisés à prendre la position de producteurs devront se soumettre dans leurs magasins et dépôts aux visites et vérifications du service des contributions indirectes.

ART. 9. — Sont exonérées de l'impôt sur le chiffre d'affaires et de la taxe à l'importation les opérations de vente, de commission, de courtage et de façon portant sur les produits visés à l'article 1er du présent décret et soumis à la taxe unique.

Paiement de la taxe en obligations cautionnées.

ART. 10. — Les redevables de la taxe unique pourront la payer en obligations cautionnées dans les conditions déterminées par les articles 2 et 3 de la loi du 15 février 1875.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

Dispositions transitoires.

ART. 11. — Les encaissements se rapportant à des affaires — autres que celles exonérées en vertu de l'article 2, 7°, du décret de codification du 28 décembre 1926 — portant sur des produits visés à l'article 1er ci-dessus et livrés avant le 1er août 1934, resteront soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

ART. 12, § 1er. — Avant le 16 août 1934, tout commerçant non assujetti à la taxe unique (grossistes, dépositaires, détaillants), dépositaire de produits visés à l'article 1er ci-dessus, devra déposer au bureau du receveur des contributions indirectes dont il dépend une déclaration indiquant :

1° Ses nom, profession, domicile et, s'il s'agit d'une société, la raison sociale ;

2° L'emplacement de son établissement principal et celui de ses succursales, magasins ou dépôts, en précisant, pour chacun d'eux, la nature des opérations qui y sont pratiquées (ventes en gros ou ventes au détail) ; et, le cas échéant, le pourcentage des ventes en gros et en détail, tel que ce pourcentage ressort des résultats des douze derniers mois ;

3° Par espèce, les quantités de produits autres que ceux ayant supporté l'impôt spécial prévu par l'article 151 du décret de codification du 28 décembre 1926 ou celui prévu par l'article 296 du décret du 21 décembre 1926, qu'il détenait dans chacun de ces établissements, succursales, magasins ou dépôts ou en cours de transport à la date du 1er août 1934, et, pour chaque espèce, les prix de vente en gos ou en détail pratiqués dans l'établissement ;

4° La valeur totale des produits destinés à la vente en détail ;

5° La valeur totale des produits destinés à la vente en gros.

Dans les établissements qui vendent à la fois en gros ou en détail, le stock sera réparti entre les nos 4 et 5 porportionnellement aux pourcentages prévus au n° 2 ci-dessus.

6° Le montant de la taxe complémentaire exigible :

a. Au taux de 2 p. 100 pour les produits destinés à la vente au détail ;

b. Au taux de 4 p. 100 pour les produits destinés à la vente en gros.

§ 2. — Dans le délai indiqué ci-dessus, les redevables de la taxe (fabricants ou importateurs) seront tenus à la même formalité pour les mêmes produits qu'ils détiennent dans leurs magasins de vente au détail ou placés en dépôt chez des tiers, grossistes ou détaillants, ou en cours de transport. Ces quantités seront reprises par voie d'inventaire et soumises, le cas échéant, à la taxe prévue par l'article 1er ci-dessus.

§ 3. — Pour le contrôle des déclarations prescrites ci-dessus, les employés des contributions indirectes auront accès dans les magasins et dépôts des commerçants.

Tout défaut de déclaration ou toute fausse déclaration sera sanctionné par une amende égale au double de la taxe exigible.

§ 4. — Un délai de trois mois sera accordé pour le paiement des droits constatés en exécution des dispositions du présent article.

ART. 13. — Avant le 5 août 1934, les redevables de la taxe devront remettre, au bureau du receveur des contributions indirectes, une déclaration indiquant, par espèce :

a. Les quantités de produits en leur possession au 1er août 1934 dans leurs propres magasins de vente en gros, et pour lesquelles l'impôt spécial prévu par l'article 151 du décret de codification du 28 décembre 1926 ou celui prévu par l'article 296 du décret du 21 décembre 1926 se trouve déjà avoir été acquitté ;

b. Le montant de cet impôt..

Sous réserve des droits de contrôle du service, précompte sera fait du montant de cet impôt sur la ou les premières déclarations mensuelles déposées par les intéressés pour la perception de la taxe unique.

ART. 14. — Le ministre des Finances est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 25 juillet 1934.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le ministre des Finances,

GERMAIN-MARTIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

Séance du 14 juin 1934.

Le professeur Gougerot, président, fait l'éloge du Dr Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société de dermatologie, président de la section de dermato-syphiligraphie du Service social.

Le Dr Sicard de Plauzolles donne ensuite lecture de la correspondance et annonce que le prochain congrès de l'Union contre le péril vénérien se fera à Budapest. Il étudiera la répercussion provoquée par la crise et en particulier par le chômage sur le développement de la prostitution et des maladies vénériennes.

Le professeur Gougerot donne ensuite la parole successivement au Dr Janet et au Dr Durel pour la lecture, avant adoption, des tracts prophylactiques qu'ils avaient été chargés de rédiger. Le Dr Sicard de Plauzolles précis une dernière fois que ces tracts sont destinés à être *remis confidentiellement aux personnes qui en feraient la demande et qu'en aucun cas ils ne seront distribués.*

Le professeur Gougerot fait part à la Société des constatations qu'il a pu faire au cours d'un voyage privé au Maroc : la prophylaxie des maladies vénériennes y a été organisée d'une manière admirable par le général Lyautey ; la surveillance des quartiers réservés est exercée de telle sorte qu'il paraît difficile de faire mieux. Enfin le quartier réservé de Casablanca, placé sous la direction du Dr Lépinay, est véritablement un modèle du genre.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 8 novembre 1934 à l'Institut Alfred-Fournier.

J. LEROY.

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 14 juin 1934.

Appareil d'immobilisation plâtrée du membre supérieur en position de fonction. — M. Laboureau.

Corps étranger articulaire et lésions méniscales. — M. du Bourguet présente une observation et des documents concernant un malade porteur d'une rupture du ménisque externe en anse de seau et un corps étranger articulaire pédiculé constaté antérieurement au traumatisme responsable de la lésion méniscale et du type des corps étrangers de l'ostéochondrite dissécante.

A propos d'une éruption zostériforme de la conque de l'oreille revêtant le type du zona otitique total. — MM. Veyssi et Nicolas ont observé chez un sujet de vingt-deux ans, sans autre histoire clinique qu'une suppuration auriculaire bilatérale prolongée à huit ans, l'apparition, depuis l'âge de douze ans, d'éruptions zostériformes à type otitique total survenant tous les trois à six mois à droite, une seule fois à gauche, et qui sont probablement liées à un processus de funiculite du canal de Fallope.

Le bilan d'une tournée de radioscopie systématique. — M. Jacob, au cours des opérations de radioscopie systématique pratiquées sur le contingent nouvellement incorporé, a constaté, sur près de 15 000 recrues examinées, que 385 fois l'image pulmonaire n'apparaissait pas comme absolument normale. Après des examens complémentaires radiographiques, cliniques, bactériologiques, 326 de ces sujets ont été maintenus au service, 59 ont été l'objet d'une réforme ; 9 de ces derniers étaient porteurs de bacilles de Koch. La radioscopie peut apporter de précieux renseignements pour faciliter le triage de la collectivité militaire ; l'importance des lésions découvertes chez des sujets d'apparence normale et déjà passés par les mains de plusieurs médecins ouvre des horizons sur les différents degrés de latence de la tuberculose pulmonaire.

A propos de la radioscopie systématique. — MM. Théobalt et Roulin estiment que l'intérêt de la radioscopie systématique réside surtout en ce qu'elle permet de déceler des lésions cliniquement frustes ou latentes, en particulier des pleurésies ou des tuberculoses pulmonaires à forme fibreuse chez des sujets n apparence sains et sans antécédents pathologiques notables. Mais l'exploration aux rayons X comporte ses imperfections et l'on ne doit pas négliger l'examen clinique ni la bacilloscopie.

La tuberculose évolutive chez les candidats à l'engagement et au rengagement. — MM. Ferrabouc, Trial et Crosnier ont dépisté chez 1 419 candidats à l'engagement et au rengagement 24 cas de tuberculose pulmonaire en évolution. La proportion est plus forte chez les engagés que chez les rengagés. Les auteurs établissent, dans l'examen pratiqué, l'importance prépondérante de la radiologie sur la clinique et la bactériologie.

Influence de l'exercice sur la pression artérielle et le métabolisme. — M. de Chaisemartin recueille sur 21 sujets de quarante à cinquante-cinq ans ayant accompli un stage de six semaines à l'école supérieure d'Education physique des observations montrant que : la pression artérielle s'est stabilisée à la suite de l'effort chez la plupart d'entre eux ; les taux d'urée, d'acide urique et de cholestérine sont revenus à la normale chez ceux qui présentaient un déséquilibre du métabolisme. Ces résultats ayant été obtenus sans modification du régime alimentaire ni prescriptions médicamenteuses, on peut conclure de ces faits à l'action bienfaisante de l'exercice physique.

Le pain blanc et les idées modernes sur l'alimentation — M. Dano estime que le pain blanc est de valeur alimentaire réduite et que la faute en est au moulin à cylindre ; il préconise la panification directe et expose deux procédés industriels utilisables, procédé Rabinovitch et procédé Pays.

A propos de l'intérêt diagnostique du frottement péricardique rhumatismal. — MM. Pilod et Passa attirent l'attention sur les formes abarticulaires de la maladie rhumatismale et notamment sur ses formes chirurgicales. Ils estiment qu'en l'absence de localisation articulaire nette, le frottement péricardique, dont l'un d'eux a montré la grande fréquence, peut permettre un diagnostic étiologique précis. Ils rapportent à ce sujet l'observation d'un rhumatisant ayant simulé successivement une crise appendiculaire et un phlegmon périnéphrétique et chez qui l'orientation étiologique avait été donnée dès le début par un frottement péricardique.

Didiée.

NOUVELLES

Médecins et sages-femmes sortant de l'école d'Hanoï. — Le ministre des Colonies a adressé le rapport suivant au Président de la République :

« Le décret du 16 avril 1924 sur l'exercice de leur art à titre privé par les médecins et sages-femmes indigènes en Indochine prévoit à son article 2 que ce personnel qui, pour raison de santé, n'aura pas été admis dans le cadre de l'assistance, pourra être autorisé à exercer à titre privé.

Actuellement, certains de ces médecins ou sages-femmes n'ont pu, à leur sortie de l'école, pour des raisons d'ordre budgétaire, être recrutés par l'administration.

Afin de leur permettre d'exercer à titre privé, la mention « pour raisons de santé » pourrait être supprimée, ce qui permettrait une application du texte mieux adaptée à l'état actuel des choses.

Tel est l'objet du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature. »

Le Président de la République française,

Après avis du Conseil supérieur de santé des Colonies, Décrète :

Article premier. — L'article premier, 2e alinéa, du décret susvisé du 16 avril 1924 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les mêmes praticiens et praticiennes ayant cessé d'appartenir aux services médicaux de la colonie ou qui n'auront pas été admis dans le personnel de l'assistance... ».

Le reste sans changement.

Art. 2. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Union internationale des Automobiles-Clubs médicaux.

NOUVELLES *(Suite)*

— Cette union a pur but de favoriser de toute façon les intérêts des médecins automobilistes. Tous les deux ans le président de l'U. I. A. C. M. convoque un congrès. Cette association est dirigée par un Comité central; chaque association de l'Union envoie un délégué et un remplaçant dans ce Comité. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de cette Union qui est M. le Dr J.-J. Aghina, à Amersfoort, Pays-Bas.

Voici la liste des associations affiliées :

1. Aerztliche Kraftfahrer-Vereinigung Oestereichs, *Wien I.* Weihburggasse 10-12 (Autriche).

2. Automobile-Club médical de Paris, *Paris X*, 89, boulevard Magenta.

3. Autoklub Aesculap C. S. R., *Praag II*, Lutzowowa 29 (Tchécoslovaquie).

4. Kraftfahrer Vereinigung deutscher Aerzte, *Dresden*, Wienerstrasse 15 (Allemagne).

5. Verband deutscher Kraftfahreuder Aerzte id. Tsechoslow. Republik, *Reichenberg*, Schleusengasse 6.

6. Verband dämscher Kraftfahrender Aertze, Dr. L. Martin, *Middelfart* (Danemark).

7. Vereeniging van Artsen-Automobilisten, *Amersfoort* (Holland), Bisschopsweg, 186.

8. Vlaamsche Automobielclub, Dr. Peeters, *Antwerpen*, Victorieplaats, 7, Belgique.

IIe Congrès national des médecins amis des vins de France, organisé par la Section méridionale des médecins amis des vins de France et par l'Association de propagande pour le vin à Béziers, du 25 au 28 octobre 1934, sous la présidence d'honneur de M. Gaston DOUMERGUE, président du Conseil des ministres, et la présidence effective de M. QUEUILLE, ministre de l'Agriculture. — Sous la présidence du professeur Dieulafé, la Section méridionale de la Société des médecins amis des vins de France organise le IIe Congrès des médecins amis des vins. Ce Congrès comportera le programme suivant :

Jeudi 25 octobre. — 14 heures : Ouverture du Congrès à la mairie de Béziers.

De 15 à 19 heures : Séance de travail. Communications par des professeurs français et étrangers.

20 heures : Dîner offert aux congressistes.

Vendredi 26 octobre. — 8 heures : Départ pour Montpellier.

9 h. 30 : A la Faculté de médecine de Montpellier, séance consacrée à des conférences sur les forces inconnues du vin.

a. La puissance solaire ;

b. La radio-activité ;

c. Les vitamines, etc.

A 12 h. 30 : Déjeuner offert aux membres du Corps enseignant de la Faculté de médecine, et aux congressistes, à l'hôtel de la Métropole.

Après-midi : Deuxième séance à la Faculté de médecine de Montpellier, pour les communications et discussions qui feront suite aux conférences du matin.

Au retour : Réception à Frontignan et à Sète.

Samedi 27 octobre. — 8 heures : Départ en autocars. Visite des vignobles de la Côte vermeille. Départ pour Banyuls, par Narbonne, Salces, Perpignan, Collioures, Port-Vendres.

8 h. 45 : Réception à Narbonne par la C. G. V.

11 h. 30 : Réception à la mairie de Banyuls, vin d'honneur. Déjeuner offert aux congressistes. Visite du laboratoire Arago.

15 heures : Départ pour Béziers. Arrêt trois quarts d'heure à Perpignan.

18 h. 45 : Arrivée à Béziers. Soirée libre.

Dimanche 28 octobre. — 9 heures : Béziers. Séance de travail jusqu'à midi.

12 h. 30 : Banquet présidé par M. le Dr Queuille, ministre de l'Agriculture.

15 heures : Visite de l'Exposition uvale et florale. Fête des Fleurs et des traditions locales.

MM. les docteurs en médecine et leurs familles qui désirent assister à ce Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion au Secrétariat permanent, 72, allées Paul-Riquet, Béziers. Il n'y a pas de droit d'inscription.

Pour les bons de réduction à 50 p. 100, les congressistes peuvent s'adresser au secrétariat du Congrès à Béziers, ou directement à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Les conditions les plus avantageuses sont prévues en faveur des congressistes,

Le VIIIe Congrès français de la tuberculose. — Le VIIIe Congrès français de la tuberculose se tiendra à Rabat du 16 au 19 avril 1935 et sera organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose, la Société d'études scientifiques de la tuberculose, la direction de la Santé et de l'Hygiène publiques du Maroc et la Ligue marocaine contre la tuberculose.

Les questions mises à l'ordre du jour seront au nombre de quatre : 1° question biologique; 2° question clinique; 3° question médico-sociale et 4° question médico-militaire.

Chaque question fera l'objet d'un ou de plusieurs rapports qui devront être déposés au secrétariat avant le 31 décembre 1934, afin qu'ils puissent être imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès.

Les congressistes qui désirent prendre part à la discussion sur les questions proposées devront, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès, s'inscrire au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Au cours du Congrès et avant son ouverture et sa clôture, auront lieu des visites et des excursions aux organismes de lutte antituberculeuse et d'hygiène publique du Maroc.

Une assemblée générale se réunira à la fin du Congrès. au cours de laquelle sera désigné le siège du IXe Congrès national de tuberculose de 1939.

PROGRAMME. — *Mardi 16 avril.* — Après-midi, 15 heures : Séance inaugurale à la direction de la Santé et de l'Hygiène pendant laquelle seront faites les allocutions de l'un des secrétaires généraux, d'un président du Congrès et du résident général.

La réception sera faite soit par la Ville de Rabat, soit par le Résident général.

Mercredi 17 avril. — Matin, 9 heures : Question biologique : « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

A 14 heures : Discussion de la question ci-dessus.

16 heures : Visite de Rabat à pied et thé aux Oudaïas.

NOUVELLES *(Suite)*

Jeudi 18 *avril*. — Matin, 9 heures : Question clinique : « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ».

Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimou (Bordeaux), Maurer et Roland (Paris).

14 heures : Discussion de la question ci-dessus.

16 heures : Visite de Rabat en voiture, tour de ville, la tour Hassan, le Front de mer, les mines de Chellah, visite de Salé, réception indigène.

Vendredi 19 *avril*. — Matin, 9 heures : Question médico-sociale : « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec quatre rapports :

I. Algérie, M. Aubry (Alger).

II. Tunisie, M. Masselot (Tunis).

III. Maroc, MM. Lapin et Bonjean (Rabat).

IV. Afrique occidentale française, M. le médecin-colonel Blanchard (Dakar).

11 heures : Fantasia ; 12 heures : Prière de S. M. le Sultan ; 14 heures : Question médico-militaire : « La Prophylaxie de la tuberculose dans la marine ».

I. Marine de guerre. Rapporteurs : MM. les médecins en chef Plassy et Hederer (Toulon).

II. Marine marchande. Rapporteur : M. Marcel Clerc (Paris).

17 heures : Séance de clôture et assemblée générale.

20 heures : Banquet de clôture.

Conférence internationale de réglementation de la guerre. — Faisant siennes les conclusions émises par M. Devèze, ministre de la Défense nationale, à la IV[e] session du Comité international de médecine militaire, le gouvernement belge vient d'adresser à tous les Etats une invitation à participer aux travaux d'une conférence internationale de réglementation de la guerre.

Cette conférence se tiendra en juin 1935 à Bruxelles et coïncidera avec les grandes manifestations de l'Exposition.

Elle a pour but de discuter le projet de convention de Monaco, relatif à la réglementation des conflits armés et éventuellement d'arriver à faire donner à ce projet la consécration diplomatique.

Déjà de nombreux gouvernements ont demandé une documentation complète ; la commission médico-juridique créée au cours de la session de l'Office de médecine militaire centralise toute la documentation relative à la législation de la guerre ; elle vient d'être chargée par le ministère des Affaires étrangères de Belgique d'étudier toutes les questions se rapportant aux travaux préparatoires de la Conférence internationale de Bruxelles de 1935.

Cette commission est présidée par S. E. M. le docteur Castillo Najéra, ambassadeur du Mexique à Paris et à Vienne. Elle comporte un certain nombre de juristes et de médecins, parmi lesquels nous notons MM. de la Pradelle, professeur à la Faculté de droit de Paris, et Voncken, directeur de l'office international de médecine militaire. Le secrétariat en a été confié au D[r] Lonet, premier médecin de S. A. S. le prince de Monaco.

Corps de santé des troupes coloniales. — Est promu *au grade de médecin général inspecteur* : M. le médecin général Normet, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lecomte, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin général : M. le médecin colonel Carmouze, en remplacement de M. le médecin général Normet, promu.

Les officiers généraux nouvellement promus dont les noms suivent ont été maintenus dans leur affectation actuelle, savoir :

M. le médecin général Marland, directeur du service de santé de la 6[e] région, à Metz ; M. le médecin général inspecteur Normet, directeur du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

Ont reçu les affectations suivantes :

M. le médecin général Carmouze, détaché au ministère des Colonies, est nommé directeur du service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française en remplacement de M. le médecin général Fulconis, rapatriable ; M. le médecin général Heckenroth, sous-directeur du service de santé de la 15[e] région, est nommé directeur du service de santé de l'Afrique orientale française à Tananarive.

Liste de classement de sortie a l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, par ordre de mérite, des médecins lieutenants élèves en 1934.

MM. Farges, Caillard, Brusq, Touzin, Dauphin, Goez, Raoult, Pons, Lausade, Fricaud, Tourenc, Gillet, Cochard, Verprat, Roussel, Montfort, Lumaret, Ragustin, Viguier, Chassain, Mauze, Guevellou, Lévy, Paoli, Merle, Juskiewenski, Arne, Rozières, Mole, Caussin, Petey, Domairon, L'Hotellier, Deit, Sergent, Robert, Dardill, Goudiu, Koerber, Boussier, Pelon, Dagorn, Emile Lebreton, Benderitter, Le Mée, Courtel, Jean Lebreton, Morin, Kerguelen, Brunies, Poudevigne, Le Minor, Desgeorges, Dozoul, Robin, Bosq, Soumaire, Baillet, Cyssau, Perrin, Isoard, Garbies, Mons, Dilhac, Jacob, Ollivier, Robineau, Lafontaine, Le Gouas, Martin, Vergnes, Paravisini, Ghersi, Juillard, Cordier, Prost, Ayme, Rabier, Juguet, Goerger, Riu, Henric, Rouvellat, de Cussac, Provost, Porte, Decugis, Gloagen.

Les médecins lieutenants dont les noms suivent, sortis de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales en 1934, ont reçu les affectations ci-après :

En Indochine : MM. Caillard, Verprat.

En Afrique occidentale française : MM. Mole, Ghersi, Dauphin, Kerguelen, Brunies, Dozoul, Robin, Baillet, Cyssau, Isoard, Garbies, Mons, Cordier, Farges, Goez, Chassain, Mauze, Lévy, Paoli, Merle, Caussain, Lebreton (Jean), Le Gouas.

Au Togo : MM. Touzin, Raoult.

A Madagascar : M. Ragusin.

En Afrique équatoriale française : MM. Morin, Viguier, Monfort, Rozières, Deit, Boussier, Arne, Roussel.

Au Cameroun : MM. Lausade, Tourenc, Pons, Cochard.

En Tunisie : M. Gillet.

En Algérie : M. Porte.

Au Levant : M. Goerger.

Affectations dans la métropole. — Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc : MM. Desgeorges, Ollivier, Koerber, Paravisini ; au 2[e] rég. d'infanterie coloniale : MM. Guevellou, L'Hôtellier, Sergent, Le Mée ; au 3[e] rég. d'infanterie coloniale : MM. Martin, Decugis, Juskiewenski ; au 23[e] rég. d'infanterie coloniale :

NOUVELLES *(Suite)*

M. Poudevigne ; au 4e rég. de tirailleurs sénégalais : MM. Petey, Dardill ; au 8e rég. de tirailleurs sénégalais : MM. Goudin, Pelon, Lumaret ; au 12e rég. de tirailleurs sénégalais : MM. Soumaire, Juguet, Rouvellat de Cussac ; au 14e rég. de tirailleurs sénégalais : MM. Benderitter, Henric, Rabier ; au 16e rég. de tirailleurs sénégalais : M. Prost ; au 24e rég. de tirailleurs sénégalais : MM. Domairon, Robert, Robineau ; au 41e rég. de mitrailleurs d'infanterie coloniale à Toul : MM. Provost, Gloguen, Fricaud ; au 42e bataillon de mitrailleurs malgaches à Pamiers : M. Brusq ; au 52e bataillon de mitrailleurs indochinois à Carcassonne : M. Juillard ; au 1er rég. d'artillerie coloniale : MM. Bosq, Perrin, Dolhac ; au 2e rég. d'artillerie coloniale : MM. Ayme, Riu ; au 3e rég. d'artillerie coloniale : MM. Emile Lebreton, Jacob, Vergnes ; au 11e rég. d'artillerie coloniale : MM. Dagorn, Comtel, Le Minor ; au 12e rég. d'artillerie coloniale : M. Lafontaine.

Démonstrations du Dr Calot. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le vendredi 12 octobre, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans sa clinique de Paris, 96, quai d'Orsay, une séance de démonstrations sur :

1° Le traitement des luxations congénitales de la hanche.

2° Le domaine immense, découvert récemment, des subluxations congénitales. Toutes les hanches étiquetées jusqu'ici : « Arthrites sèches déformantes, rhumatisme local, ostéochondrite, *morbus coxæ senilis*, sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Le *morbus senilis* des auteurs classiques doit porter désormais le nom contraire, le seul juste, *morbus congenitus*. Le diagnostic et le traitement des subluxations aux divers âges.

3° Comment il faut traiter les tuberculoses « externes » (adénites, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchi-épididymites, etc.).

L'indiscutable supériorité du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes qui, dans ce domaine spécial de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours. Le traitement orthopédique du mal de Pott.

4° Autres affections orthopédiques : déviations rachitiques, torticolis, pieds bots, etc.

Cours de puériculture de l'Entr'aide des femmes françaises. — La quinzième année des cours de puériculture que l'Entr'aide des femmes françaises organse sous il a haute direction du Dr Devraigne, accoucheur de Lariboisière et dont le succès est toujours grandissant, commencera le lundi 5 novembre 1934, par une conférence à la Sorbonne, et se poursuivra toutes les semaines jusqu'à fin mars.

Au programme, 30 conférences par les professeurs et les médecins les plus qualifiés et les stages pratiques à l'Institut de puériculture de Lariboisière et dans les pouponnières de l'E. F. F. à Boulogne-sur-Seine et Fontenay-sous-Bois.

Inscriptions et renseignements à l'Entr'aide des femmes françaises, 99, rue de Prony, Paris (XVIIe).

Faculté de médecine de Bordeaux. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DE CHIRURGIE INFANTILE. — Ce cours est fait par M. le professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration de MM. les professeurs Rechou, Aubertin, les professeurs agrégés Loubat, chirurgien des hôpitaux ; Beauvieux, ophtalmologiste ; J. Villar, chirurgien des hôpitaux ; MM. Philip, oto-rhino-laryngologiste ; Mathey-Cornat, électro-radiologiste ; Maltête, stomatologiste ; Moureau, chef de laboratoire ; R. Guérin et Pouyanne, chefs de clinique ; M. Chastaignet, interne.

Programme du lundi 22 octobre au samedi 27 octobre. — Les conférences auront lieu tous les jours, aux heures indiquées, à l'hôpital des Enfants, Cours de l'Argonne, n° 168. Elles seront accompagnées de présentation de malades et suivies de séances opératoires.

Lundi 22, à 9 heures : La chirurgie du nourrisson et de l'enfant. Soins préo-opératoires, anesthésie, hémostase, choc, soins post-opératoires : professeur Rocher ; à 16 heures : Les notions essentielles de stomatologie et d'orthodontie chez l'enfant : M. Maltête ; à 17 h. 30 : Les applications de la radiothérapie et de la radiumthérapie en chirurgie infantile : professeur Rechou.

Mardi 23, à 9 heures : Les caractéristiques de la traumatologie infantile (os, articulations) : professeur Rocher ; à 16 heures : Les données du laboratoire, cytologie et microbiologie en chirurgie infantile : professeur Aubertin et M. Moureau ; à 17 h. 30 : L'électrologie (électrodiagnostic et électrothérapie) en chirurgie infantile : M. Mathey-Cornat.

Mercredi 24, à 9 heures : Les ostéomyélites aiguës et les arthrites suppurées chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent : professeur Rocher ; à 16 heures : Les infections osseuses chroniques (tuberculose exceptée) :

NOUVELLES *(Suite)*

M. R. Guérin; à 17 h. 30 : Les notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie chez l'enfant : M. Philip.

Jeudi 25, à 8 h. 30 : Séance opératoire oto-rhino-laryngologique : M. Philip ; à 9 h. 30 : Les tumeurs malignes chez l'enfant : M. Loubat ; à 11 heures : Les notions essentielles d'ophtalmologie chez l'enfant : M. Beauvieux ; à 15 heures : Etudes anatomo-pathologiques (examen des coupes histologiques) : M. Chastaignet ; à 17 h. 30 : Le radio-diagnostic en chirurgie infantile : M. Mathey-Cornat.

Vendredi 26, à 9 heures : Malformations de la face et de la bouche : professeur Rocher ; à 10 h. 30 : Les malformations du crâne et du rachis : M. Pouyanne ; à 16 heures : Les hernies congénitales : M. R. Guérin ; à 17 h. 30 : Les malformations génito-urinaires : professeur Rocher.

Samedi 27, à 9 heures : La chirurgie abdominale du nourrisson : professeur Rocher ; à 11 heures : Les malformations congénitales ano-rectales : M. Pouyanne ; à 16 heures : Les pleurésies purulentes. Les péritonites suppurées : M. J. Villar ; à 17 h. 30 ; La chirurgie infantile doit-elle subsister en tant que spécialité : professeur Rocher.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 15 octobre 1934.

Droit d'inscription : 200 francs (Inscription sans frais pour les étudiants et les internes des hôpitaux de Bordeaux).

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

30 SEPTEMBRE. — *Brest.* Hospice civil. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Brest.

30 SEPTEMBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (Direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai d'inscription pour le concours sur titres de médecin directeur du sanatorium d'Hauteville.

30 SEPTEMBRE. — *Nice.* Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hospices civils de Nice.

30 SEPTEMBRE. — *Bari.* Congrès italien d'hygiène.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Louis, à 10 heures, ouverture du cours de dermatologie sous la direction de M. le professeur GOUGEROT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Cours d'enseignement spécial de la technique histologique, sous la direction de M. le professeur CHAMPY.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Quinzaine de revision clinique et technique sur les maladies digestives, sous la direction de M. le professeur CARNOT.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. Ouverture des cours de la session 1934.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine, Service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal du secrétariat (9 heures à 11 heures et 12 heures à 15 heures).

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Reprise du service normal de la bibliothèque.

1er OCTOBRE. — *Marseille.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine, 9 heures à midi. Ouverture du registre d'inscription pour la première inscription.

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription des candidats aux examens (ancien régime).

1er OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre d'inscription pour les soutenances de thèse.

1er ET 2 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Consignation pour les examens d'octobre de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années.

2 OCTOBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque. Cours de perfectionnement d'obstétrique par M. le Dr LACOMME, MM. les Dr RAVINA, DIGONNET, SUREAU, etc.

2 OCTOBRE. — *Constantine.* Clôture du registre d'inscription pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de quatrième, troisième, deuxième année, à 15 heures.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture d'une série supplémentaire de travaux pratiques de physique.

3 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription des candidats pour le concours de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Ouverture du cours de vacances sur le stuberculoses ganglionnaires de l'enfance, par M. le Dr ARMAND-DELILLE.

4 OCTOBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

4 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en pharmacie de première année, à 9 h. 30.

NOUVELLES *(Suite)*

5 Octobre. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

5 et 6 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Inscription des candidats aux examens de chirurgien-dentiste d'octobre.

7-9 Octobre. — *Lyon.* Congrès d'hygiène sociale.

7 Octobre. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 Octobre. — *Paris.* Assistance publique (bureau du Service de santé). Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

8 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. XXIVe Congrès de l'Association française d'urologie. S'adresser à M. le Dr Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, à Paris.

8 Octobre. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

8 Octobre. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture du cours sur les maladies du cœur et des vaisseaux, par M. le Dr Ch. Laubry.

8 Octobre. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École de médecine navale de Brest.

8 au 13 Octobre. — *Paris.* VIIIe Congrès français de stomatologie. Séance inaugurale à la Faculté de médecine, séances suivantes à la Sorbonne. Envoyer les adhésions au Dr Boutroux, 22, rue des Sablons, à Paris.

9 Octobre. — *Paris.* Assistance publique, salle des Concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en médecine de 1re année, à 15 heures.

11 Octobre. — *Paris.* Parc des expositions, porte de Versailles, 9 heures. Concours de l'internat en médecine et des prix de l'externat des hôpitaux de Paris.

11 Octobre. — *Rouen.* Hospice général, 16 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

12 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.

15 Octobre. — *Brest.* Hospice civil, 9 heures. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Brest.

15 Octobre. — *Paris.* Préfecture de police (sous-direction du personnel). Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin suppléant au service médical de nuit.

15 Octobre. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Ouverture du cours de perfectionnement sur le diabète sucré, par M. le professeur Rathery.

15 Octobre. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

15 Octobre. — *Paris* École du Val-de-Grâce. Concours de chirurgien des hôpitaux militaires.

15 Octobre. — *Lille.* Dernier délai d'inscription et de dépôt des mémoires pour le concours annuel de la Faculté libre de médecine de Lille.

15 Octobre. — *Paris.* Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Saintour, Faculté de médecine de Paris.

15 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai des envois des documents pour les candidatures à la fondation J.-A. Sicard.

15 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine et chirurgie des hospices civils de Nice.

15 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

17-21 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Presse médicale latine.

17 Octobre. — *Paris.* Assistance publique (Bureau du service de santé). Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

18 Octobre. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

18 Octobre. — *Rouen.* Hospice général, 16 h. 30 Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen

18 Octobre. — *Paris.* Institut océanographique (Congrès de la Presse médicale latine), 21 heures. Conférence du professeur Daniel. La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française.

18 Octobre. — *Paris.* Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique par M. le professeur Georges Portmann.

18 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'histologie à l'École de médecine de Tours.

18 Octobre. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 13 heures. Concours d'admission à l'École des infirmières de l'Assistance publique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ABONNEMENTS MÉDICAUX A L'ÉLECTRICITÉ

par E.-H. PERREAU
Professeur de législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

Médecins et dentistes sont souvent de gros clients des Compagnies productrices d'électricité, utilisant celle-ci non seulement pour leur éclairage, parfois leur chauffage, mais aussi pour leurs appareils professionnels de toutes sortes. Ces appareils souvent très délicats, toujours coûteux, ne paraissent guère préoccuper les Compagnies, qui leur occasionnent de fréquents dommages en s'excusant avec une désinvolture au moins inattendue, frisant à l'occasion le cynisme. D'où la nécessité pour les médecins et dentistes de préciser leurs droits et de s'armer en vue de leur défense. Les principales difficultés tiennent à la formation du contrat, aux obligations réciproques des parties, à la sanction de leurs engagements.

I. — Formation du contrat.

A la vérité, sous cette rubrique de *contrat d'abonnement*, on fait rentrer les conventions les plus diverses tenant de la vente, du bail, du louage de service, etc. D'où la difficulté de déterminer d'abord la nature du contrat, variable selon les circonstances et ne présentant guère qu'un seul élément fixe, la fixation d'un prix à forfait pour un temps donné.

A tort ou à raison, la jurisprudence actuelle envisage comme une vente la fourniture du courant électrique à ses abonnés, par la Compagnie productrice. Pour former un contrat de vente, il est indispensable que les deux parties s'accordent sur la chose et sur le prix (art. 1583, C. civ.) Sur la détermination de la chose ne s'élèvent généralement que des questions de pur fait ; à l'ordinaire, dans les abonnements à l'électricité, la nature du courant et la quantité désirées sont précisées avec soin. Cependant, plus loin, quant aux effets du contrat, nous verrons les difficultés d'interprétation que soulèvent parfois les Compagnies, sur la fourniture du courant.

Le prix doit en être déterminé par les contractants eux-mêmes, qui ne pourraient s'en remettre à l'arbitrage d'un tiers (art. 1591, C. civ.). Toutefois, il n'est pas indispensable que le chiffre du prix soit inscrit au contrat ; il suffit que celui-ci indique un moyen de le déterminer ne dépendant plus de la volonté de l'un ou l'autre contractant (Cass. 5 mai 1905, S. 1907.1.220).

Dans une récente affaire, les parties avaient convenu que la Compagnie fournirait le courant pour une période d'essai ne devant pas excéder une année, à raison de 0 fr. 05 le kilowatt, et, pour la période postérieure, moyennant un prix à débattre ne devant pas excéder 0 fr. 15 le kilowatt. On a jugé le prix suffisamment déterminé, même pour cette seconde période, parce que les parties avaient convenu d'une somme ne pouvant être abaissée que d'un commun accord (Cass. 14 février 1927, S. 1927.1.175).

Cet arrêt montre aux médecins qu'un abonnement souscrit dans de telles conditions lie définitivement les deux parties; mais que, s'ils limitent ainsi le maximum de leurs dépenses, ils restent, dans la mesure de ce maximum, à la merci de la Compagnie qui peut refuser toute diminution de prix, tout en exigeant l'exécution du contrat pendant toute la durée convenue, avec le minimum de consommation annuelle généralement inscrit dans la convention.

II. — Effets du contrat.

1° Obligations de l'abonné. — La principale obligation de l'abonné est de payer son prix aux échéances convenues — généralement tous les mois — d'après les quantités consommées indiquées par son compteur. En principe, ce prix demeure fixe pour toute la durée du contrat et ne peut être accru arbitrairement par la Compagnie (art. 1134, C. civ.). C'est précisément le but spécial d'un abonnement de convenir d'un prix pour toute la durée de la convention. Cet accord constitue une véritable convention à forfait, la Compagnie acceptant les aléas pouvant surgir au cours du contrat, moyennant l'avantage de s'assurer un client pour une durée donnée, en y ajoutant à l'ordinaire un minimum de consommation.

Elle ne peut donc opposer à ses abonnés les modifications dans ses prix, qui pourraient survenir en cours d'abonnement, fussent-elles inscrites dans son cahier des charges par l'administration dont émane sa concession d'éclairage. Il faudrait une référence du contrat d'abonnement à ce cahier des charges pour en décider autrement (Cass. Req. 17 juil. 1920, S. 1922.1.65, note du professeur Mestre).

Mais, au cours de la crise économique actuelle, bien des Compagnies concessionnaires de l'éclairage des villes se sont trouvées, par suite du relèvement considérable et subit des prix des matières premières et de la main-d'œuvre, dans l'impossibilité de continuer le service de l'éclairage aux conditions convenues. Inventant, pour la circonstance, la théorie dite de l'imprévision, le Conseil d'État leur a permis de réclamer à l'administration concédante une indemnité, fixée soit à l'amiable, soit par le juge (C. E. 30 mars 1916, S. 1916.3.17, note du doyen Hauriou). Il en est résulté de nouvelles

conventions entre l'administration concédante et la Compagnie concessionnaire relevant les tarifs de celle-ci. Pour rendre ces nouveaux tarifs opposables à leurs abonnés, il faut, dans le contrat d'abonnement, une référence, au moins implicite, au cahier des charges de la concession. Certaines Cours d'appel paraissent admettre assez facilement une référence implicite (Paris 15 mai 1919, S. 1921.2.93 ; Lyon 25 juil. 1921, D. P. 1922.2.19) ; mais elles ont soulevé les protestations d'éminents jurisconcultes décidant qu'au moins les abonnés devraient avoir le droit de résilier leurs contrats (note M. Mestre, S. 1922. 1.66, colonne 3).

Les Compagnies productrices d'électricité ne sauraient invoquer contre leurs abonnés l'arrêt de Cass. Req. 4 mai 1921 (S. 1922.1.65), qui ne concerne pas un contrat d'abonnement, mais un traité d'ordre essentiellement différent entre une Compagnie productrice d'électricité d'une ville et une Société d'éclairage des communes voisines. Par profession même, cette dernière savait nécessairement que des modifications au cahier des charges de la première pourraient survenir et les avait implicitement acceptées.

2° Obligations de la Compagnie productrice d'électricité. — Son obligation essentielle consiste à fournir à ses abonnés le courant convenu, pendant la durée convenue. Pas de difficulté quand la nature et l'intensité du courant demeurent les mêmes d'une façon constante. Mais des variations sont fréquentes et soulèvent des contestations.

A. Tout d'abord les Compagnies prétendent pouvoir changer le voltage à volonté, par suite des nécessités mêmes de leur industrie. Ainsi en a-t-on vu qui, tenues de fournir à des dentistes un courant de 110 volts, le faisaient passer à 160 pendant plusieurs heures, pour le laisser tomber pendant d'autres à 80. Aux heures de basse tension, le courant ne suffisait pas toujours aux dentistes ; pendant les heures de haute tension il détruisait parfois leurs appareils. Notamment beaucoup d'abonnés utilisant des appareils de radiographie dentaire à tubes très sensibles, ceux-ci étaient cassés par les variations du courant.

Sans doute une Compagnie, fournissant d'électricité des clients très divers, au moyen d'un seul et même réseau, ne peut répondre que l'intensité des courants le traversant demeurera toujours uniforme. Le voltage change du tout au tout, selon l'étendue de la portion du réseau où il faut lancer le courant aux différentes heures. Mais elle doit s'efforcer d'éviter que ces variations causent un dommage à ses abonnés, d'une part en leur assurant un courant d'un voltage toujours suffisant pour les besoins de leur art et d'autre part en les préservant d'accidents à leurs appareils, par l'emploi de modérateurs ne laissant pas traverser des courants d'une tension susceptible de détériorer l'installation de l'abonné. Telle est la conséquence nécessaire du principe que tous les contrats doivent s'exécuter de bonne foi (art. 1134, § 3, C. civ.).

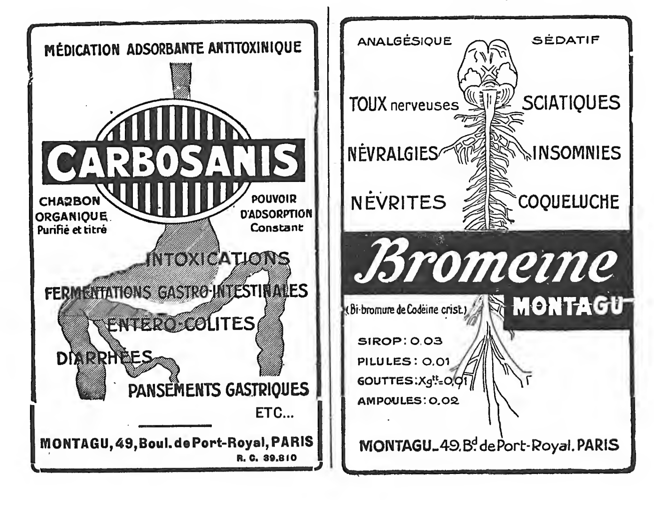
Impossible d'objecter que les abonnés, sachant la possibilité de variations dans le voltage, traitent toujours à leurs risques et périls et doivent se protéger eux-mêmes contre les accidents. Au moins faudrait-il que les limites de ces variations, quand elles sont très espacées comme dans l'exemple ci-dessus, soient expressément indiquées au contrat. Le fussent-elles, encore faudrait-il que l'abonné pût utiliser le courant chaque jour pendant un nombre d'heures suffisant pour les besoins de sa profession, connue de son co-contractant. Les concessionnaires d'éclairage électrique ne sont pas, en effet, des industriels comme les autres, libres de contracter aux conditions de leur choix. A raison de leur monopole, il leur est interdit d'imposer à tels abonnés des conditions et charges telles qu'elles les privent de la principale utilité de leurs services ou les leur font payer beaucoup plus qu'au reste du public (Dijon 17 mars 1913, D. P., 1914.2.39 ; Trib. Mâcon 4 juil. 1912, *Gaz. Trib.* 1912, II.2.304).

B. Parfois les Compagnies se prétendent obligées, par les cahiers des charges de leur concession, de substituer, au bout d'un temps, du courant alternatif au courant continu. Or, il se peut que les appareils des médecins ou chirurgiens-dentistes ne soient pas susceptibles de fonctionner avec l'un comme avec l'autre. Ne peuvent-ils demander une indemnité pour la transformation de leurs appareils ?

Afin d'opposer les stipulations de leurs cahiers des charges à leurs abonnés, encore faudrait-il, comme plus haut, que leurs contrats s'y réfèrent au moins implicitement. Dans le cas contraire, les Compagnies seraient-elles mises en demeure, par l'administration concédante, de faire la substitution du courant, ces décisions administratives ne les exemptent pas d'accomplir leurs obligations envers leurs abonnés et de les indemniser en cas d'inexécution (C. E. 28 janv. 1910, D. P. 1910.3.72 ; 11 fév. 1908, D. P. 1909.3.9 ; Dalloz, *Répertoire pratique de droit*, v° *Concession*, n° 46).

III. — Sanction des obligations.

A. Comme en tout contrat, la sanction consiste en une action en justice de la partie souffrant de


MÉDICATION ADSORBANTE ANTITOXINIQUE
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
ETC...
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
R. C. 39.810
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
TOUX nerveuses
SCIATIQUES
NÉVRALGIES
INSOMNIES
NÉVRITES
COQUELUCHE
Bromeine
MONTAGU
(Bi-bromure de Codéine crist.)
SIROP : 0.03
PILULES : 0.01
GOUTTES : Xgtt=0.01
AMPOULES : 0.02
MONTAGU_49. Bd de Port-Royal. PARIS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

l'exécution, pour obtenir celle-ci et s'il y a lieu une indemnité.

Chacun des abonnés a certainement qualité pour saisir la justice de ses réclamations. Mais l'expérience enseigne qu'isolé, chaque abonné se trouve en état d'infériorité, pour plaider contre une Compagnie, lui opposant un contrat rédigé par elle et possédant un service de contentieux documenté.

C'est pourquoi les abonnés des diverses entreprises de fournitures au public (eau, gaz, électricité) se groupent souvent en association, pour s'enhardir par la force du nombre, mettre en commun leur expérience et créer un cabinet de contentieux. Le plus souvent ces groupes ont pris la forme d'associations déclarées, conformément à la loi du 1er juillet 1901 (art. 5, etc.).

Ayant qualité pour poursuivre en justice les actions relatives aux intérêts collectifs du groupe, elles ont droit de poursuivre en indemnité les Compagnies concessionnaires pour tout dommage à l'ensemble de leurs membres, comme l'interruption du courant (Poitiers 28 déc. 1925, D. P. 1927. 2.37 ; Cass. civ. 24 nov. 1929, *Gaz. Trib.* 1930, II.1.63).

B. Quel juge est compétent pour statuer dans les contestations entre abonnés et concessionnaires? Les contrats d'abonnement étant des conventions de droit civil, compétence en principe appartient aux tribunaux judiciaires, sauf à renvoyer devant l'autorité administrative au cas où il faudrait interpréter le cahier des charges de la concession (Cass. civ. 28 juin 1923, S. 1924. 1.29).

Mais la question se complique lorsque le dommage causé à l'abonné, dans sa personne ou ses biens, aurait pu se produire en l'absence du contrat d'abonnement (incendie allumé par un courant trop violent, électrocution de l'abonné ou d'un de ses aides). La jurisprudence du Conseil d'État étend aux dommages causés par le fonctionnement des « ouvrages publics » (lignes électriques par exemple) la compétence des Conseils de préfecture édictée par la loi du 28 pluviôse an VIII (art. 4). Toutefois les tribunaux judiciaires maintiennent leur compétence, vis-à-vis des Compagnies d'électricité concessionnaires d'un service public, lorsque l'acte dommageable est une infraction au droit pénal, homicide ou blessure par imprudence notamment. Spécialement il en est ainsi quand la mort de la victime provient de la mise en service d'une ligne électrique, sans les précautions qu'impose le rapprochement de conducteurs de haute et de basse tension (Alger 30 déc. 1925, D. H. 1925, p. 154 ; Cass. 2 mai 1927, D. H. 1927, p. 301).

C. Les Compagnies d'électricité ont parfois prétendu posséder des sanctions plus expéditives que des actions en justice, et pouvoir elles-mêmes couper le courant chaque fois qu'un abonné manquerait à l'une de ses obligations, faute de paiement du prix à l'échéance par exemple.

La jurisprudence est très divisée. Certains arrêts, s'appuyant sur la théorie générale que tout contractant peut cesser d'exécuter ses obligations quand son co-contractant manque aux siennes, reconnaissent à la Compagnie le droit de couper le courant (Limoges 30 avril 1906, S. 1907.2.204 ; Trib. référés du Caire 29 déc. 1927, *Gaz. Trib. mixtes*, XVIII, p. 143 ; Voy. aussi note M. Planiol, D. P. 98.1.289, et Demogue, *Rev. trim. Droit civil*, 1907, p. 816). Mais d'autres, objectant que le bénéficiaire d'un monopole ne peut arbitrairement refuser ses services, lui dénient ce droit (Trib. Versailles 12 mai 1905, D. P. 1907.2.238 ; Cass. 1er déc. 1897, D. P. 1998.1.289), et telle est l'opinion de la Cour suprême.

Des arrêts et des auteurs vont plus loin encore, en n'ouvrant au concessionnaire du monopole le droit de réclamer en justice la résiliation du contrat, que dans le cas de fraude commise par l'abonné et quand il n'est pas d'autre moyen de sauvegarder les intérêts de la Compagnie (Lyon 30 oct. 1903, *Pand. franç.* 1904.2.77 ; cf. les observations du professeur Demogue, *Rev. trim. Droit civil*, 1904, p. 557).

ART ET MÉDECINE

SUR QUELQUES GRANDS PRIX ET EXPOSITIONS

Le *Grand Prix de la Sculpture*, fondé par M. Jean Crouzillard, maire-adjoint du 9e arrondissement, vient d'être attribué au troisième tour de scrutin à M. Paul Cornet, ancien élève de l'École nationale des Arts décoratifs, où il suivit avec assiduité l'enseignement du bon sculpteur Camille Lefèvre, membre du Comité du Salon d'automne, récemment décédé.

Comme le *Grand Prix de la Peinture*, ce prix est doté d'une bourse de 6 000 francs et décerné par un jury composé de critiques d'art et d'amateurs auxquels s'étaient joints les éminents sculpteurs Aristide Maillol et Charles Despiau. La bataille fut chaude et ce ne fut qu'à quatre voix de majorité que M. Paul Cornet l'emporta enfin sur M. Christophe, encore que, jusqu'au bout, certains membres du jury soient restés fidèles à MM. Kretz, Dideron, Banninger, Auricoste, Couturier et Salendre.

M. Cornet est né à Paris le 18 mars 1892 ; une de ses œuvres : *le buste de Mrs. Saidie May*, figure au Musée du Luxembourg, auquel elle a été offerte par lord Duveen. Ce n'est donc pas un inconnu, mais un artiste déjà accompli. Il avait présenté un *nu assis* à la jambe croisée et une *figure drapée assise* d'une large plénitude de volumes et d'une très sobre exécution qui avaient été, dès le vernissage de l'Exposition, très remarqués par les visiteurs. Ses parrains étaient MM. Guillaume Janneau et Claude-Roger Marx.

Doit-on conclure que M. Paul Cornet est l'auteur de l'œuvre la plus achevée ou la plus artistique envoyée par les sculpteurs désignés pour prendre part à cette compétition ? Je ne le pense pas. Mais le jury, tout en écartant quelques sculpteurs déjà très connus dont les envois possédaient d'indiscutables qualités, n'a pas voulu non plus suivre M. Louis Vauxcelles qui, dans la préface du Catalogue, justifiait la création de ces prix nouveaux en écrivant :

« Qu'ils soient utiles, je le crois fermement. Un rayon de gloire sur le front d'un adolescent, est-ce une auréole négligeable ? Et quelques billets en son escarcelle à l'effet de payer le carrier, le praticien et le fondeur ? Et l'attention des amateurs, des pouvoirs publics, réveillée ? »

Les adolescents, les débutants se consoleront en songeant que dans quelques années ils auront atteint l'âge requis pour l'attribution de cette récompense, ou plutôt de cet encouragement.

***

Au fait, il faudrait s'entendre sur l'âge que prête aux *adolescents* M. Louis Vauxcelles, barbe grise de la critique d'art qui tutoie paternellement nombre d'artistes des nouvelles générations.

Si je me reporte aux catalogues d'Exposition, le critique d'*Excelsior* a présenté jusqu'ici dans les *Grands Prix de Peinture* MM. Jean Adler, Charles Blanc, Mme Thérèse Debains, MM. Richard Maguet, Raymond Legueult et Jacques Thévenet. (Le catalogue du Grand Prix de la



Femme assise, bronze de M. Paul Cornet (fig. 1).

Sculpture ne divulgue pas les parrainages, conservons donc le secret en ce qui concerne les sculpteurs.)

M. Jean Adler avait eu les honneurs, par voie de referendum, d'une exposition personnelle au *Salon des Indépendants* ; MM. Charles Blanc, Richard Maguet, Jacques Thévenet ne sont pas à proprement parler des inconnus. Il y a déjà longtemps que la critique a encouragé leurs efforts. Mme Thérèse Debains jouit de l'estime de quelques raffinés qui ont eu le bonheur d'approcher son œuvre ; quant à M. Raymond Legueult, lauréat du prix de la peinture cette année, sa

réputation n'était plus à faire. Il professe du reste à l'École nationale des Arts décoratifs. Etait-ce en songeant à lui par avance que M. Jacques Darnétal, fondateur de ce prix, écrivait :

« Il y a dans tout mouvement artistique une part de talent et une part de chance, et toujours des écoles. Mais il y aura toujours également des chefs d'école et des grands maîtres qui donneront le *la*. Les disciples ne pourront être que des élèves. Nous n'aimons pas le professorat. Nous admirons le professeur (1). »

Le jeune maître avait donc tous les droits à la couronne attribuée l'année précédente à M. Roger Chastel. Mais il y a bien longtemps qu'il a franchi le cap boutonneux de l'adolescence !

Et je soupçonne fort que les sculpteurs que présenta notre président ont eux aussi dépassé la trentaine.

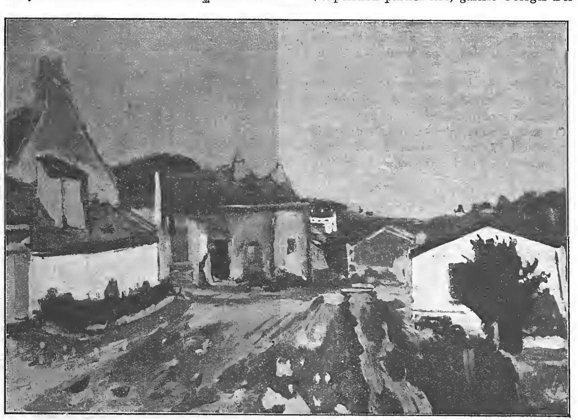
Qu'on ne pense pas qu'il s'agisse ici d'une querelle byzantine à propos d'un mot et de son emploi. Je gage que l'excellent Louis Vauxcelles, dans sa précipitation à écrire une belle préface, n'a pas contrôlé la valeur exacte du mot qui lui venait sous la plume et que, dans *Comœdia*, notre jeune confrère Gaston Poulain devait malicieusement relever.

Car au fond, je suis bien de l'avis de M. Louis Vauxcelles, ces prix ont leur raison d'être et doivent surtout aider à mettre en lumière l'œuvre d'artistes encore jeunes, mais possédant déjà une réelle personnalité.

Et c'est bien le cas de MM. Raymond Legueult et Paul Cornet, titulaires de ceux de cette année.

***

L'exposition particulière, galerie Georges Bernheim, 109, faubourg Saint-Honoré, que vient de faire M. Legueult, confirme pleinement l'estime dans laquelle, depuis longtemps, nous le tenons.



Paysage, par M. Raymond Legueult (fig. 2).

Il est désagréable pour un critique d'avoir à se redire et tout dernièrement encore je soulignais, en rendant compte du *Salon des Tuileries*, les qualités d'harmoniste que possède à un degré très élevé M. Raymond Legueult. Avec souvent plus d'invention que son camarade Maurice Brianchon, mais dans des gammes très proches de celles employées par ce bon peintre, M. Legueult peint de charmants tableaux : scènes d'intérieur, natures mortes, paysages. Il excelle à faire chanter la note inattendue d'un jaune-citron dans une harmonie rose et grise, ou le feu

(1) Préface du Catalogue du Grand Prix de la Peinture 1933.

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

éteint d'une clarté rouge dans une symphonie vert-mousse. Cela est exquis, un tantinet précieux, souvent rare, mais fragile.

Son art est fait de nuances et des plus délicates.

Sans doute aimerait-on voir M. Legueult faire preuve d'un peu plus de force et délaisser ces délicatesses parfois puériles pour s'attaquer plus directement à la plastique, voire à la recherche d'une matière plus solide ou d'une pâte plus sonore. Mais ceci n'est qu'un vœu généreux. M. Raymond Legueult est doté d'un œil fin, dont les qualités rétiniennes, comme se plaisait à dire le Dr Georges Clemenceau en parlant de Claude Monet, sont supérieures. Elles lui permettent de discerner des gammes très fines et très proches, là où d'autres artistes ne percevraient qu'un lourd accord.

Ses tableaux, s'ils manquent parfois d'une certaine écriture forte, à la mode il y a quelques années, n'en sont pas moins d'un charme prenant.

On peut admirer, n'est-ce pas, le dramatisme de Richard Wagner et aimer les dissonances précieuses de Maurice Ravel...

***

Tout de même, avant que l'exposition ne ferme ses portes, je voudrais vous toucher deux mots de la très belle sélection de sculpteurs que la critique française s'est permise en prémices à l'attribution de ce grand prix que vient de remporter M. Paul Cornet.

M. Pierre Christophe, qui fut son rival malheureux, avait envoyé une très belle *tête de femme hova* et une *figure asiatique tendant la main* taillée et polie dans la pierre avec beaucoup de sûreté et d'art. M. Charles Banninger avait, de son côté, donné un *buste de femme* en bronze doré d'un rare mérite et une *Provençale nue* d'une qualité supérieure. Les envois de MM. Louis Dideron (*figure assise*), Léopold Kretz (*jeune pêcheur*), un peu svelte d'aspect, et Georges Salendre (*nu à l'oiseau*) dont les volumes sont arbitrairement accusés, étaient susceptibles de retenir l'attention d'un jury. Mais il serait injuste de ne point souligner le talent de M. Henry Martinet qui s'épanouissait dans deux bustes d'un beau style simplifié (*portrait du peintre Marguinaud* et tête d'homme taillée dans la pierre) ; celui de M. René Collamarini qui s'extériorisait dans le *buste* très ressemblant du *peintre Louis Neillot,* et celui encore de MM. Charles Malfray, Henry Parayre, Léon Droucker et Raymond Martin.

M. Droucker était représenté par sa puissante *Maternité* taillée en plein cœur de chêne et par un groupe charmant qu'on pourrait intituler *le Baiser.* M. Malfray donnait une très personnelle intaille : *la Sieste,* et une petite statuette fort justement musclée ; M. Henry Parayre présentait un *nu allongé* aux souples lignes et un *torse de jeune fille* d'un joli modelé ; quant à M. Raymond Martin, sa *figure de femme* atteste sa jeune maîtrise qui s'époumonne un peu dans son *Ève* à la tête inclinée sur l'épaule...

Les animaliers, peu nombreux, étaient représentés par M. G.-L. Badeau dont le *jaguar rampant* est une œuvre de valeur, par M. Georges Artemoff qui taille dans les bois exotiques de très décoratifs poissons, et par M. Joseph Hecht dont l'art est comme un écho des vieilles sculptures d'Asie. On trouvait encore un styliste tel que M. Robert Bros avec une très belle *jeune fille au panier,* des chercheurs comme M. Couturier dont les figures sont un peu équarries et comme M. Julio Gonzalez qui forge des suggestions sculpturales issues de l'esthétique cubiste.



Phot. X.

L'*Ève* de M. Jules Desbois (fig. 3).

***

Au sortir de cette exposition, il est bon d'aller faire un tour au Grand Palais des Champs-Élysées, ne serait-ce que pour confronter le

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

jugement de la critique avec celui de MM. les membres du jury du Salon qui ont accepté les œuvres assemblées dans ce cimetière...

Mais aussi, en songeant aux influences nouvelles qui apparaissent et souvent lourdement, dans les œuvres de tant de jeunes sculpteurs, il est bon de retourner saluer cette jolie figure d'*Ève*, si frémissante de vie, que M. Jules Desbois expose au centre de la rotonde de la *Société nationale des Beaux-Arts*.

La sculpture doit se plier aux nécessités architecturales, soit, mais elle se doit à elle-même de ne pas confondre le monumental, l'éléphantiasisme, avec la souple, saine et simple beauté.

GEORGES TURPIN.

***

Encore un autre prix important attribué ces jours-ci à deux jeunes peintres de talent: le *prix Abd-el-Tif* décerné pour le gouvernement général de l'Algérie par la Société des Orientalistes.

Ce prix, qui consiste en un séjour de deux années au Jardin d'essai d'Alger et en une bourse annuelle de 14 000 francs, a été obtenu par MM. Émile Bouneau et André Hambourg. Il y avait eu 43 candidats.



Jeune fille à l'écharpe, par M. André Hambourg (fig. 4).

Le talent de M. E. Bouneau avait été déjà récompensé il y a quelques années par l'attribution du prix Blumenthal; quant à M. André Hambourg, on se rappellera les espérances qu'il donne à la critique. Souhaitons que les deux années que ce jeune artiste va passer dans l'admirable jardin botanique d'Alger lui soient fructueuses. Loin de la fièvre parisienne, il doit pouvoir parfaire un métier dont il possède déjà les éléments et laisser s'épanouir en paix ses beaux dons de coloriste.

G. T.

VARIÉTÉS

VERS LA FORMATION D'UN CORPS D'INFIRMIÈRES AÉRIENNES

Les services qu'ont rendus les avions sanitaires sont trop innombrables pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la nécessité d'augmenter le nombre des avions sanitaires tant civils que militaires, surtout aux colonies.

Aussi s'avère-t-il urgent de former un personnel digne et capable d'utiliser les avantages de ce système de secours moderne.

C'est surtout au Maroc qu'on a pu, durant les dernières opérations du djebel Badou, constater le travail magnifique qu'on a pu obtenir avec un nombre restreint d'appareils, tels que des Potez 25 aménagés, des Hauriot et des Guillemin-Blériot.



Melle Marie Marvingt. (fig. 1.)

Si l'aviation sanitaire est née de la guerre et si, depuis, on s'est préoccupé d'apporter des améliorations aux appareils militaires, on a très peu fait pour vulgariser ce moyen de secours pour les civils.

Or, dans les colonies, il arrive que des exploitations soient éloignées de tous centres sanitaires, et même de médecin, de plusieurs centaines de kilomètres. Ce sont bien, cependant, ces colons lointains qui sont les plus susceptibles d'avoir besoin de soins immédiats, soit qu'un accès pernicieux de fièvre ou toute autre maladie épidémique s'abatte sur eux, soit qu'ils soient attaqués par les hommes, les animaux ou les insectes.

On voit donc combien rendrait de services une organisation médicale aérienne.

Que suffirait-il pour cela ?... Un poste émetteur de T. S. F. et quelques terrains aménagés, simplement même jalonnés, dans un rayon assez proche de chacune de ces exploitations ou de groupes d'exploitations pour que, à la première alerte, des vies humaines puissent être sauvées, ou même soulagées.

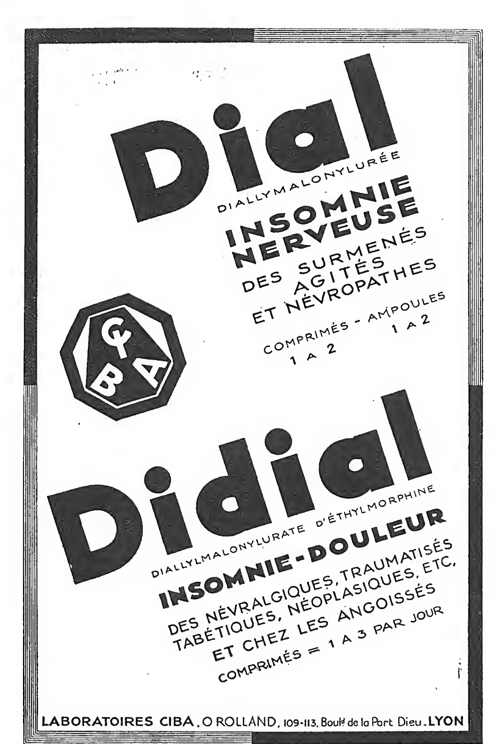
Il n'est pas toujours nécessaire que le médecin lui-même se dérange quand on connaît la nature du mal.

Une infirmière peut très bien faire une piqûre sérologique ou un pansement dans certains cas, sans le secours du médecin.

Il y a donc lieu de préparer des infirmières capables de remplir ces conditions en utilisant l'avion comme moyen de locomotion.

C'est dans ce but que l'autorité militaire, d'accord avec la Direction du Service de santé, vient de confier à Mlle Marie Marvingt (inventeur, en 1912, de la civière blindée avec fenêtres en mica, munie d'un matelas à air comprimé, s'adaptant sous le fuselage d'un avion dont elle exposa la maquette au premier Salon de l'aviation, dans le stand du général Hirschauer), vice-présidente des Amis de l'aviation sanitaire, le soin d'établir un programme d'enseignement aux infirmières instruites par les Sociétés de la Croix-Rouge françaises, et d'étudier la possibilité de faire accomplir à ces infirmières des vols d'initiation, de telle sorte qu'elles puissent être officiellement aptes au convoyage des blessés évacués par avions sanitaires.

C'est le Maroc que Marie Marvingt a pris comme champ d'expérience.


Dial
DIALLYMALONYLURÉE
INSOMNIE NERVEUSE
DES SURMENÉS
AGITÉS
ET NÉVROPATHES
COMPRIMÉS - AMPOULES
1 A 2
1 A 2
CIBA
Didial
DIALLYLMALONYLURATE D'ÉTHYLMORPHINE
INSOMNIE-DOULEUR
DES NÉVRALGIQUES, TRAUMATISÉS
TABÉTIQUES, NÉOPLASIQUES, ETC,
ET CHEZ LES ANGOISSÉS
COMPRIMÉS = 1 A 3 PAR JOUR
LABORATOIRES CIBA. O ROLLAND, 109-113, Boulᵈ de la Part Dieu. LYON

276

VARIÉTÉS (Suite)

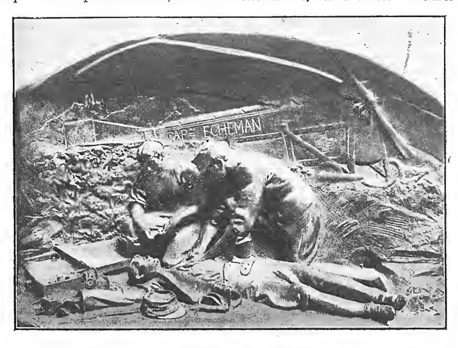
Afin de mieux illustrer son enseignement et les nombreuses conférences qu'elle fera par la suite sur ce sujet, M[lle] Marvingt, accompagnée de M. Gaston Chelle, opérateur d'*Eclair-Journal,* tourne, dans les régions nouvellement soumises du Maroc, et jusque dans les postes avancés, un film touristique et sanitaire, qui montrera toutes les phases d'une évacuation de blessés depuis le moment où le poste est attaqué jusqu'à la visite des blessés, déjà soignés et en voie de guérison, dans l'hôpital où les avions les auront amenés.

Une autre partie de ce film remarquable mettra en parallèle les moyens actuels de secours qui sont à la disposition d'un colon éloigné de tout centre et les moyens qu'il aurait avec une organisation médicale aérienne civile.

La partie bienfaitrice de l'œuvre qu'entreprend cette femme, qui peut se traduire par cette belle devise, faite sienne : « Voler au secours d'un blessé », n'échappera à personne.

En désignant Marie Marvingt pour accomplir cette œuvre, les autorités militaires et civiles savaient qu'elles pouvaient compter sur la réussite.

Marie Marvingt, doyenne des recordwomen, « poilu » de la grande guerre 1914-1918, femme de lettres, aviatrice, sportive, assistante en chirurgie, etc., etc., est à la hauteur de la tâche à elle confiée et ne manquera pas de la conduire à son parfait aboutissement.



Fragment du film sanitaire (fig. 2).

M. Périale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PLÉTHORE DANS LES FACULTÉS

Une proposition de loi déposée au Sénat par le professeur Georges Portmann tendant à limiter le nombre des étudiants. — *Le professeur Georges Portmann, de la Faculté de Bordeaux, sénateur de la Gironde, vient de déposer au Sénat une proposition de loi tendant à limiter le nombre des étudiants en médecine.*

Cette proposition a été, selon l'usage, renvoyée pour examen à la commission de l'enseignement.

En voici l'exposé des motifs :

L'augmentation désordonnée du nombre des étudiants attirés par la profession médicale a entraîné une pléthore dont le caractère de gravité s'accroît chaque jour.

Déjà, le 1er juin 1930, la Confédération des syndicats médicaux envoyait aux parents, aux professeurs et aux élèves de philosophie, une lettre signée de son président, le professeur Balthazard, et du secrétaire général, le Dr Cibrie, pour attirer leur attention sur le danger qu'il y aurait à pousser les jeunes gens vers les études médicales. Les auteurs de cette lettre disaient notamment : « Pour la France entière, le nombre des médecins est passé de 16 815 en 1900 à 27 500 en 1928, alors que la population s'est seulement accrue de 2 millions d'habitants, passant de 38 442 600 à 40 743 000. On peut estimer que, dans cinq ans, le nombre des médecins aura augmenté dans des proportions élevées. Or, la pléthore médicale présente de grands dangers d'ordre moral

autant que matériel, pour la profession elle-même. »

Il est difficile de ne pas s'associer au cri d'alarme de la Confédération des syndicats médicaux.

La pléthore médicale rend nécessaire une limitation des étudiants, et il est bien évident que cette limitation aura pour conséquence d'assurer aux médecins une existence plus facile et plus digne et d'élever leur niveau scientifique.

ARGUMENTS.

Toutes les statistiques montrent une augmentation constante du nombre des étudiants et des diplômes de doctorat; par exemple, le nombre des étudiants en médecine, français, au 31 décembre de chaque année, a été :

en 1929, de	8 182
en 1930, de	9 780
en 1931, de	9 842
en 1932, de	10 242
en 1933, de	10 338

et le nombre des diplômes de docteur en médecine d'État a été :

en 1930, de	1 076
en 1931, de	1 102
en 1932, de	1 397

La France, à vrai dire, n'est pas la seule à souffrir de la pléthore médicale et, si l'on en réfère aux statistiques publiées par M. A. Rosier, secrétaire général du bureau universitaire de statistique, près le ministère de l'Éducation nationale, on constate que le pourcentage s'établit ainsi dans certains pays :

France	1	médecin pour	1 645	hab.
Yougoslavie	1	—	3 450	—
Pologne	1	—	3 100	—
Espagne	1	—	1 000	—
Autriche	1	—	837	—

Ce sont là des chiffres qui représentent une moyenne très générale ; le pourcentage montre, en effet, que les grandes villes sont particulièrement touchées. C'est ainsi que :

Paris compte	1	méd. pour	630	hab.
Sofia compte	1	—	400	—
Vienne compte	1	—	413	—
Genève compte	1	—	514	—
Bruxelles compte	1	—	600	—
Londres compte	1	—	725	—
Stockholm compte	1	—	802	—
Berlin compte	1	—	806	—

On voit, par ces chiffres, que la pléthore médicale, sans être en France aussi marquée qu'en Autriche ou en Espagne, est cependant très grande.

Une certaine augmentation du nombre des médecins se justifie :

1° Par les progrès constants d'hygiène publique ;

2° Par la spécialisation extrême qui était à peu près inexistante à la fin du siècle dernier ;

3° Par la création de très nombreux établissements hospitaliers, publics ou privés : centres d'examens, laboratoires, dirigés par des médecins.

Cette évolution est insuffisante cependant pour expliquer le nombre considérable de médecins que nous avons en France.

La plupart des pays se sont d'ailleurs inquiétés de lutter contre l'encombrement des professions libérales et l'Allemagne, comprenant que nos méthodes universitaires actuelles ne peuvent qu'aboutir à rompre l'équilibre social de la nation, en multipliant indéfiniment ses chômeurs intellectuels, n'a pas hésité à prendre les mesures brutales, propres à endiguer le flot montant des candidats aux professions libérales.

Elle vient de décider que le nombre des étudiants dans les universités en 1934 ne dépassera pas le chiffre de 15 000, au lieu de 25 000, comme en 1933.

Sans aller jusqu'à des mesures aussi draconiennes, il est tout de même d'un patriotisme éclairé d'envisager les moyens légaux de lutter contre l'encombrement de la profession médicale.

MESURES DÉJA PRISES.

L'augmentation croissante du nombre des médecins a suscité diverses mesures d'une efficacité relative :

1° Sévérité plus grande des examens dans les Facultés de médecine ;

2° Examens écrits (ceci à la demande de la Confédération des syndicats médicaux) ;

3° Augmentation de la durée des études médicales, par la création d'une sixième année.

La commission de l'enseignement de la Confédération des syndicats médicaux a même émis le vœu, afin de rendre plus difficile l'entrée dans les Facultés de médecine, de n'autoriser à prendre leur inscription de première année que les étudiants ayant passé avec succès le P. C. B. supérieur.

Toutes ces mesures sont cependant insuffisantes et chacun sait qu'un étudiant qui a quelque persévérance est à peu près assuré d'arriver au diplôme de docteur en médecine.

En admettant même que les différents moyens envisagés plus haut donnent des résultats, il ne s'agit là que de mesures d'un caractère strictement empirique et qui ne font pas intervenir le principe de l'utilisation.

PRINCIPE DE LA NOUVELLE LOI.

La situation est suffisamment sérieuse pour qu'il soit nécessaire de faire quelque chose de rationnel, c'est-à-dire équilibrer le nombre des étudiants aux possibilités d'utilisation ultérieure.

On ne peut faire de comparaison plus juste qu'avec la crise économique actuelle, provoquée par un déséquilibre entre la production et la consommation.

Pour la profession médicale, l'équilibre de production et d'utilisation s'était, jusqu'à présent, établi spontanément. Les nouvelles conditions d'existence rendent cet équilibre difficile et commandent impérieusement des mesures de protection.

Le principe de cette nouvelle loi est une innovation

considérable, car il porte atteinte au libéralisme traditionnel de l'enseignement supérieur. Il ne faut pas cependant hésiter à créer des traditions nouvelles lorsque les habitudes anciennes ne sont plus en rapport avec les nécessités du moment.

Jusqu'à présent le baccalauréat permettrait l'entrée dans les Facultés, sans aucune restriction. Vouloir limiter le nombre des étudiants en médecine est évidemment une restriction ; mais il ne faut pas la considérer comme un précédent dangereux et obligatoire, car les études médicales ont, dans l'ensemble des études de l'enseignement supérieur, un caractère très spécial.

A la différence des études qui se poursuivent dans les Facultés de droit, de lettres ou de sciences, on peut considérer que la presque totalité des étudiants qui entreprennent des études médicales se destine à une carrière bien définie.

On ne cherche pas à obtenir le diplôme de docteur en médecine pour avoir un titre, mais pour exercer une profession.

Vu sous cet angle, le principe de la limitation des étudiants en médecine, s'il apporte un correctif nécessité par les difficultés de l'heure présente au libéralisme de l'enseignement supérieur, et cela seulement dans le cadre des études médicales, ne touche pas à l'indépendance profonde de cet enseignement et ne peut être invoqué comme un précédent par les autres Facultés.

Application.

Bien que les articles de la loi n'aient pas à s'occuper des modalités d'application, il nous paraît indispensable de les envisager ici, au moins dans leurs grandes lignes.

En accord avec le principe que nous avons exposé plus haut, il convient de considérer :

— Les besoins du pays en médecins praticiens ou scientifiques.

— La limitation du nombre des étudiants.

— Le choix de ces étudiants suivant le nombre fixé.

a. Besoins. — Plusieurs ministères doivent concourir à la fixation du nombre de médecins nécessaires :

1° Le ministère de la Santé publique, qui indiquera le nombre des médecins civils indispensables comme praticiens sur le territoire français.

Cette évaluation, faite par département et en accord avec la Confédération des syndicats médicaux, ne présente aucune difficulté.

2° Le ministère de la Guerre, pour le service de santé militaire.

3° Le ministère de la Marine, pour le service de santé de la marine.

4° Le ministère des Colonies, pour les besoins de nos colonies.

5° Le ministère de l'Éducation nationale, pour établir approximativement le nombre des scientifiques pour lesquels le diplôme de docteur en médecine constitue un titre pour des recherches ultérieures, mais qui ne s'en servent pas au point de vue pratique.

C'est compte tenu de tous ces éléments que le ministère de l'Éducation nationale évalue le chiffre d'étudiants qu'il convient d'autoriser à rentrer dans les Facultés de médecine.

b. Limitation. — Il nous paraît préférable de faire une sélection en deux temps. D'abord à la fin du P. C. B. et ensuite à la fin de la première année de médecine.

Il est, en effet, logique que les étudiants puissent prendre contact avec la Faculté de médecine. De cette façon, les professeurs des Facultés de médecine participent à cette sélection sur des étudiants qui ont commencé à faire leurs preuves à l'intérieur de la Faculté et ont montré, dès cette année, qu'ils possèdent des qualités d'observation indispensables pour faire un bon médecin.

La sélection définitive, faite à la fin de la première année, permet d'autre part à l'étudiant, s'il est éliminé, de s'orienter vers une autre carrière.

On pourrait prévoir, pratiquement, après le P. C. B., le chiffre correspondant aux besoins fixés par les différents ministères augmenté de 50 p. 100, permettant ainsi un déchet d'un tiers à la fin de la première année.

Exemple : le nombre des étudiants nécessaires est fixé à 1 000. 1 500 sont autorisés, après le P. C. B., à entrer en première année. 1 000 seulement, à la fin de la première année, peuvent passer en deuxième année.

c. Choix. — Le contingent étant ainsi fixé, comment opérer l'élimination ?

Il convient :

1° D'opérer sur l'ensemble des Facultés et des Écoles de médecine ;

2° De ne pas établir d'examens nouveaux ;

3° D'utiliser les examens existants du P. C. B. et de fin de première année ;

4° D'unifier la valeur des notes données dans les différentes facultés ou écoles. Ce dernier point est particulièrement délicat ; cependant plusieurs solutions peuvent être apportées, par exemple un jury unique avec des sections régionales.

Les différentes conditions précédentes étant remplies, le relevé des notes obtenues en juillet, au P. C. B., permettra de limiter jusqu'à quel nombre de points il faudra descendre pour obtenir le contingent voulu.

Un arrêté ministériel, promulgué aux environs du 1er septembre, fixera le nombre de points nécessaires.

Une procédure analogue sera employée pour l'examen de fin de première année.

Protection du diplome d'État.

La limitation du nombre des étudiants ayant pour but d'enrayer la pléthore médicale ne porte que sur les étudiants qui s'inscrivent pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine d'État, c'est-à-dire ceux qui auront le droit d'exercer la pratique médicale en France.

Les étudiants étrangers conservent, par contre, toute liberté pour acquérir dans nos Facultés le diplôme de docteur en médecine d'Université, de qualité égale au diplôme d'État, mais qui ne donne pas le droit d'exercer la médecine en France. La science française conserve ainsi

toutes les possibilités de rayonnement dans le monde, par l'éducation des étudiants étrangers.

La loi du 21 avril 1933 a précisé les conditions dans lesquelles les étudiants étrangers, munis du diplôme de docteur en médecine d'université ou en cours d'étude, peuvent acquérir le doctorat en médecine d'Etat.

Ces conditions doivent maintenant être dans leur application en harmonie avec les dispositions de la présente loi.

Ayant ainsi exposé la nécessité et le principe de l'application d'une réglementation de l'entrée des étudiants dans les Facultés de médecine, nous avons l'honneur de soumettre au Sénat la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER. — Le ministre de l'Éducation nationale arrête chaque année, en tenant compte des besoins à prévoir, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription de doctorat en médecine d'État et le nombre des étudiants admis à passer de première en deuxième année.

ART. 2. — La limitation du nombre des étudiants se fera pour l'entrée en première année sur les notes obtenues au certificat P. C. B. et pour l'entrée en deuxième année sur les notes obtenues à l'examen de fin de première année.

ART. 3. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décret.

ÉCHOS

LA CHARTE MÉDICALE AMÉRICAINE

L'Amérique s'inquiète beaucoup, en ce moment, des Assurances sociales. On sait que l'indépendance législative des Etats confédérés leur permet d'organiser à leur gré le Code du travail, jusqu'à ce que le gouvernement central ait légiféré sur la matière, soit par voie d'amendement à la Constitution, soit par un vote des assemblées parlementaires. Plusieurs États ont donc institué des lois d'assurances, diverses dans leurs dispositions, mais qui n'ont généralement pas rencontré l'approbation du corps médical organisé.

La situation est la même qu'ici : les autorités éprises de socialisations, les profanes épris de théorie, veulent fonctionnariser la médecine et les médecins ; ceux-ci réagissent au nom des intérêts des malades. Et les mêmes menaces amènent les mêmes protestations : je n'en veux pour preuve que les résolutions ci-dessous, que je traduis d'une brochure intitulée *Problèmes de l'Assurance-maladie aux Etats-Unis*, et qui est éditée et propagée par le Bureau directeur de l'American medical Association.

1° Tout ce qui concerne les soins médicaux, quelle que soit la méthode médicale employée, doit être sous le contrôle de la profession médicale. Aucun autre groupe d'individus, aucun individu, n'est apte légalement ou techniquement à exercer ce contrôle.

2° Il n'est permis à aucun tiers d'intervenir dans les relations entre le médecin et le malade. Toutes les responsabilités nées de l'exercice de la médecine doivent être supportées par les médecins.

3° Le malade doit avoir le droit absolu de choisir son médecin, parmi ceux qui exercent légalement et consentent à lui donner leurs soins.

4° Les soins médicaux comportent une confiance absolue et permanente entre le malade et le médecin de famille ; cette confiance est la base fondamentale de la pratique médicale.

5° On doit considérer à part la pratique hospitalière et la pratique privée ; mais toutes les phases de ces deux pratiques et toutes les institutions qu'elles englobent doivent être contrôlées par la profession, car ces institutions ne sont qu'une extension de l'outillage médical, et le médecin est la seule personne dont les lois de toutes les nations reconnaissent la compétence sous ce rapport. Ces institutions, d'autre part, ne peuvent fonctionner utilement qu'en conformité avec les standards édictés par les médecins organisés.

6° Quelle que soit l'organisation du remboursement des frais de maladie, ils doivent être payés par le malade, s'il peut les payer, au moment où il en a besoin.

7° La pratique médicale doit être absolument indépendante de tout bénéfice commercial ou corporatif.

8° Toute organisation de soins médicaux doit admettre parmi ses collaborateurs tous les médecins qualifiés de la localité, qui seront disposés à en faire partie.

9° Les organisations destinées aux classes pauvres doivent limiter leur activité à ceux dont le salaire est inférieur au standard minimum de vie.

10° Il ne doit y avoir aucune restriction à la liberté du traitement ou au droit de formuler.

L'Association souligne que « tous ces principes sont destinés à maintenir la haute tenue des services médicaux, et à écarter les abus qui se multiplient dès que les règles ci-dessus sont oubliées ».

Il ne s'agit pas, en effet, de savoir si ces principes sont individualistes ou non, et correspondent ou non à des tendances politiques qu'il n'est pas question de juger ici. La seule question qui se pose est de savoir si les associations médicales, dans leur unanimité à défendre et le libre choix et l'indépendance du médecin, à protéger le système ancien de confiance directe entre le malade et le médecin, à préconiser le médecin de famille, à réclamer la liberté de prescrire, parlent vraiment dans l'intérêt du malade, c'est-à-dire de la nation ; la grande association américaine, qui compte les

---


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN

ÉCHOS (*Suite*)

cinq sixièmes des médecins du pays, répond sans hésiter : oui.

Et l'on constatera une curieuse unanimité entre les revendications françaises et celles d'Amérique, ce qui tendrait à prouver qu'elles ont une origine commune : le souci de faire respecter, pour le plus grand bénéfice du malade, l'indépendance et l'autorité du médecin.

PH. DALLY.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS ET LES FEMMES MARIÉES

(Suite).

« Attendu en droit qu'il est admis par une jurisprudence constante que la femme mariée, en vertu du mandat tacite et sous-entendu à elle donné, engage la communauté conjugale et le mari par ses obligations, à la condition que ses obligations et les dépenses qui en découlent soient en rapport avec les ressources communes et s'appliquent aux besoins du ménage ou à l'entretien de la famille ; que le mandat tacite conféré à la femme mariée par rapport aux dépenses nécessaires ou simplement utiles n'est pas autre chose que l'exécution indirecte, par le mari, de l'obligation alimentaire et d'entretien vis-à-vis de sa femme dérivant du mariage et du devoir d'assistance (art. 212 et 214, C. civ.) ; — mais attendu, en l'état, que l'imputabilité de la note de frais et honoraires réclamés à Pénic, comme chef de la communauté, ne peut trouver de justification dans le mandat tacite, puisque, d'une part, la dame Pénic n'habite pas avec son mari, et qu'au surplus le mandat présumé a été formellement révoqué, avant toute intervention, vis-à-vis du chirurgien ; que, par analogie avec les conséquences de la révocation expresse ou publiquement portée par la voie de la presse à la connaissance des fournisseurs du ménage qui, en cas de révocation, n'ont pas à compter, pour le payement des fournitures faites à la femme, sur le crédit du mari et de la communauté, on serait amené, n'était la nature même de la fourniture, à déclarer sans effet et sans sanction, vis-à-vis du mari et de la communauté, la réclamation du demandeur ; — attendu,

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

en effet, qu'il n'est pas possible d'assimiler une intervention de chirurgie à une vulgaire fourniture de ménage ou d'entretien, et que dès lors se pose la question de savoir si, même en cas de révocation du mandat tacite ou de prohibition expresse, le chirurgien ou le médecin dont l'intervention et les soins peuvent, par la rapidité ou la lenteur, sauver ou compromettre l'existence du patient, ne sont pas fondés malgré tout à faire appel, pour le règlement de leur dû, à la communauté et à son chef ; qu'il est vrai de dire qu'en cas d'intervention d'urgence reconnue, l'homme de l'art qui obéit aux directives de sa conscience et aux règles supérieures de sa fonction professionnelle et sociale dans ce qu'elles ont de plus noble, la défense et la sauvegarde de l'existence humaine, ne fait en ce cas que se substituer au mari dans l'exécution défaillante de l'obligation d'assistance vis-à-vis de sa femme, et comme tel doit être considéré comme un gérant ayant à propos bien géré les affaires du mari, tenu par suite du payement (art. 1375 C. civ.) ; — attendu cependant que ces principes et leurs conséquences doivent, dans leur application, être limités au cas d'intervention d'urgence d'extrême nécessité ou de danger de mort ; qu'il n'en saurait être de même au cas où l'intervention n'a qu'une utilité ou un souci de convenance personnelle pouvant être procurée indifféremment à un moment ou à un autre; qu'en pareille occurrence il y a lieu de faire produire à la révocation du mandat ou à la prohibition expresse, tout au moins tant que la législation reconnaîtra la suprématie de la puissance maritale, ses conséquences normales ; — attendu que la dame Pénic, de l'aveu du chirurgien, a provoqué l'intervention en vue de la suppression d'un lipome dans le dos, c'est-à-dire d'une excroissance faisant apparaître une voussure sous les vêtements qui présentait un caractère inesthétique, ainsi que le déclare le Dr Dieulafé dans un certificat écrit de sa main ; qu'il ne s'agit donc pas d'une intervention revêtant un caractère d'urgence, et que c'est à bon droit, en l'absence de tout danger pour l'existence de la dame Pénic, que le sieur Pénic, son mari, avait le droit de discuter les conditions matérielles et pécuniaires dans lesquelles il entendait limiter son autorisation et sa garantie ; — attendu que si on ne peut dénier à la femme mariée, maîtresse de son corps et arbitre des soins que peut lui inspirer le souci de la conservation de ses formes, de recourir aux offices de la chirurgie dite esthétique

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

en dehors de l'autorisation de son mari, et le fait de ne pas paraître bossue rentre dans cet ordre de préoccupations, il faut bien reconnaître à celui-ci, surtout si la communauté est alimentée à peu près exclusivement par ses gains, le droit et les pouvoirs de défendre cette communauté contre les dépenses de la femme par lui jugées fantaisistes ou somptuaires ; — attendu que l'intervention pratiquée sur la dame Pénic ayant eu pour objet de corriger un défaut physique « présentant un caractère inesthétique », ne peut se justifier par aucun caractère d'urgence ou de nécessité immédiate ; que, dès lors, la défense faite par le demandeur ne permettait pas au Dr Dieulafé de compter sur le crédit du mari et de la communauté, lesquels n'ont pu, dans ces conditions, être légalement engagés ; que dès lors la demande dirigée contre le sieur Pénic seul doit être rejetée ; — attendu que, subsidiairement, le demandeur soutient que le sieur Pénic, comme agent de la Compagnie du Midi, bénéficiant de plein droit pour lui et sa femme des avantages de la caisse de prévoyance et des accords stipulés entre la Compagnie et les chirurgiens de Toulouse, au nombre desquels figure le demandeur, en ne faisant pas connaître à la caisse de prévoyance l'intervention projetée, avis obligatoire d'après les accords, a commis une faute relevant de l'article 1382 C. civ. donnant droit à la dame Pénic et au demandeur de réclamer, sous forme de réparation, le montant des frais de l'opération ; — mais attendu que ce moyen ne peut être accueilli, d'abord parce que, sur le terrain de l'article 1382 le droit à réparation, s'il était sanctionné, serait personnel à la dame Pénic, et que le demandeur ne peut l'exercer à sa place, et en second lieu, parce que les accords pouvant profiter au personnel sont intervenus postérieurement à la date de l'intervention, ces accords n'ayant été portés à la connaissance du personnel que par la circulaire du 17 octobre 1932 ; — par ces motifs, disons que la demande en paiement de la somme de 1 379 francs formée par le Dr Dieulafé contre le sieur Pénic, pris comme mari et chef de la communauté, à raison d'une intervention sur la personne de la dame Pénic, pratiquée malgré la défense du sieur Pénic, ne saurait engager la communauté et le mari, alors que l'intervention n'avait aucun caractère d'urgence ; rejetons en conséquence la demande. »

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

LÉON BERNARD (1872-1934).

Léon Bernard n'est plus : un soir du mois d'août, cette nouvelle imprévue a subitement jeté le deuil et la consternation parmi ses proches, ses élèves, ses amis, ses collègues. Cet homme disparait en pleine maturité, au sommet même de la courbe d'une carrière harmonieusement ascendante, au moment où sa puissante maturité épanouissait ses réalisations les plus fécondes et lui avait assuré une renommée mondiale.

Au premier contact, notre Maître saisissait :



LÉON BERNARD.

ses yeux noirs nous pénétraient au plus profond ; sa voix prenante séduisait ; sa parole était précise, décisive et cependant nuancée ; son éloquence et son style trahissaient la clarté de son esprit, l'acuité de son intelligence, le parfait équilibre de son bon sens, la solidité de son jugement : tout en lui affirmait l'homme de haute classe. Les siens savent de plus quel grand cœur, quelle sensibilité exquise, quel besoin d'affection, quelle indulgence et quelle bonté se cachaient sous une apparence parfois réservée et quelque peu hautaine. Son amitié était fidèle : il savait accueillir la franchise directe et s'en montrer reconnaissant.

De pareils dons naturels l'avaient mis en vedette dès sa jeunesse. Il était d'origine modeste ; mais les difficultés matérielles du début ne firent qu'exalter sa volonté. Externe des hôpitaux en 1893, interne des hôpitaux en 1895, chef de clinique en 1903, il est nommé médecin des hôpitaux en 1904, à trente-deux ans; puis agrégé de médecine en 1910. Pendant cette période de sa vie il reçut surtout l'empreinte de trois maîtres éminents : Albarran, Landouzy et Marfan.

En 1911 se place l'idée décisive de sa carrière ; avec son ami Rist, il accepte l'un des services de tuberculose nouvellement créés à Laennec, non pour en faire comme tant d'autres une situation de passage, mais avec l'intention arrêtée d'y rester toute sa vie.

En 1914 il part dès les premiers jours de la mobilisation dans une ambulance du front ; puis il dirige un hôpital de typhiques dans la zone des armées ; enfin il rentre à l'intérieur, chargé d'organiser la lutte contre le fléau tuberculeux, qui s'avérait terrible.

En 1919 il est nommé professeur d'hygiène, succédant à Chantemesse. En 1920 il entre à l'Académie de médecine. Enfin, en 1928, il organise à l'hôpital Laennec la chaire de clinique de la tuberculose, dont il est le premier titulaire.

* * *

Les premiers travaux de Léon Bernard concernent des problèmes de médecine générale. A l'occasion d'un cas observé pendant son internat (1898), il isola, avec E. Sergent, la forme aiguë de l'insuffisance surrénale, que tous les auteurs désignent maintenant sous le nom de syndrome de Sergent-Bernard. Cette observation fut le point de départ de recherches qu'il poursuivit pendant plusieurs années sur les surrénales. Avec Bigart il a étudié la graisse spéciale sécrétée par la cellule corticale de la glande, montré qu'elle était une lécithine dont la production est liée à la fonction myotonique de l'organe, tandis que l'adrénaline, sécrétée par les cellules de la substance médullaire, est en rapport avec la fonction angiotonique. Il fit une étude critique des symptômes de l'insuffisance surrénale, particulièrement de la ligne blanche, dite surrénale, découverte par Sergent, et proposa une classification des syndromes d'hypoépinéphrie ou d'hyperépinéphrie devenue classique ; il précisa l'histoire des surrénalites aiguës, subaiguës et chroniques, et surtout celle de la tuberculose surrénale.

Avec le professeur Marfan, il apporta une contribution importante à la bactériologie de l'intestin des nourrissons, montrant que dans la gastro-entérite l'envahissement microbien de la muqueuse n'est que secondaire.

Sous l'influence d'Albarran et avec sa collabo-

NÉCROLOGIE *(Suite)*

ration, il s'attacha à la pathologie rénale. Sa thèse sur les fonctions du rein dans les néphrites chroniques est marquée de l'empreinte physiologique qui caractérisait alors (1900) les tendances de l'École française et qui, avec Achard, avec Widal, brilla d'un si vif éclat. Rappelons seulement ses études sur la perméabilité rénale au bleu de méthylène, épreuve que venaient de préconiser Achard et Castaigne, celles sur la cryoscopie urinaire, sur l'examen cytoscopique des urines, sur la densimétrie urinaire, sur les cytotoxines rénales. De cette époque datent ses travaux sur la tuberculose rénale, qu'il devait développer méthodiquement dans de nombreux mémoires, concernant l'étiologie, l'anatomie pathologique, l'expérimentation, la clinique de la maladie. Avec Albarran il étudie la tuberculose infiltrée du rein, mettant en lumière les symptômes permettant le diagnostic précoce et insistant sur l'utilité de la néphrectomie, opération rationnelle et curatrice dans une affection fréquemment unilatérale, locale, au moins à son début. Avec Landouzy il décrit la néphrite épithéliale tuberculeuse, dont il ne sépare pas le rein amyloïde, la néphrite instertitielle tuberculeuse dont il souligne la rareté, l'albuminurie solitaire des tuberculeux, les pyélonéphrites ascendantes tuberculeuses Avec Salomon il étudie la bacillurie tuberculeuse, avec ou sans tuberculose rénale.

Ses recherches sur les néphrites tuberculeuses devaient le conduire à la notion des tuberculoses non folliculaires, que, sous l'influence de son maître Landouzy, et avec Gougerot, Salomon, Laederich, il contribua à éclaircir ; il s'attacha plus spécialement à montrer que la tuberculose non folliculaire relevait directement du bacille lui-même, comme les lésions folliculaires.

Et l'on voit comment, enchaînés les uns aux autres par son esprit méthodique, ses travaux l'orientèrent de plus en plus vers l'étude de la tuberculose : nous réservons à un article ultérieur, qui paraîtra dans le prochain numéro spécial consacré à la tuberculose (janvier 1935), l'analyse de cette partie capitale de son œuvre. Bornons-nous pour le moment à rappeler ses études sur la bacillémie tuberculeuse avec R. Debré et Baron, celles sur le rôle essentiel de la contagion dans la tuberculose du nourrisson avec R. Debré ; corrélativement il montra, avec R. Debré et M. Lelong, que l'hérédité n'avait qu'un rôle pratiquement nul dans la propagation de la maladie ; persuadé de l'importance capitale de l'examen radiologique, il individualisa un certain nombre d'ouvrages caractéristiques et ses descriptions de la lobite supérieure droite, avec Beythoux, de la tuberculose périhilaire avec M. Lelong et G. Renard, et des « états séquelles » resteront classiques ; il fut l'un des défenseurs du pneumothorax artificiel, dont, avec Baron, Coste, Valtis et d'autres, il étudia à fond les indications, la technique, les incidents et les résultats, et plus récemment fut l'avocat de la chrysothérapie.

***

Grâce à Léon Bernard, la chaire d'Hygiène connut un lustre incomparable. Il fut le pionnier de l' « hygiène en action », et de la conception sociale de la médecine préventive. Frappé plus qu'aucun autre de ce que les grands problèmes sanitaires sont liés de l'état social et résultent des conditions économiques et psychologiques des temps présents, il était persuadé qu'une politique de la santé publique devrait être au premier plan des soucis des gouvernements, entraîner un bouleversement profond de l'esprit médical et des conditions mêmes de l'exercice de la médecine traditionnelle. Déjà la guerre lui avait permis d'appliquer ces principes sur le terrain de la lutte antituberculeuse : en juillet 1916 il avait été chargé, par le ministère de l'Intérieur, de l'organisation des stations sanitaires ; il établit alors tout un plan de lutte qu'il n'y eut qu'à transposer au moment de la paix dans la vie civile, en liaison avec la Commission Rockefeller et grâce à l'appui de Léon Bourgeois, de Brissac, de Paul Strauss, Honnorat, Henri Sellier et d'autres. La pièce essentielle de cette armature est le dispensaire type Calmette, dont le dispensaire Léon-Bourgeois est le modèle et qu'il contribua à multiplier dans le département de la Seine et dans toute la France. Le dispensaire est en liaison avec les familles grâce à son Service social et à ses infirmières-visiteuses ; il a comme débouchés, adaptés à la diversité des cas particuliers, les hôpitaux, les sanatoria, les preventoria, les colonies agricoles. L'enfance n'est pas oubliée : complétant l'Œuvre Grancher, Léon Bernard crée, avec R. Debré, en liaison avec Couvelaire, le « Placement familial des Tout-Petits » qui, chaque année, arrache des centaines de nouveau-nés à la contagion tuberculeuse. Dans chaque département l'effort est centralisé par un « Office public d'hygiène sociale », tandis qu'à Paris le « Comité national » coordonne tout ce qui intéresse le pays. Tel est le schéma de cet armement antituberculeux, qu'avec F. Bezançon il a vivifié de sa foi agissante, et que bien des pays étrangers peuvent maintenant nous envier.

Mais la lutte antituberculeuse n'a pas monopolisé son activité : toutes les branches de l'hygiène le préoccupent, et ses publications et ses

NÉCROLOGIE *(Suite)*

rapports concernent les sujets les plus variés : alastrim, paludisme, trachome, séro-prophylaxie de la rougeole, chiffonnage. Cerveau organisateur, basant les directives pratiques sur une conception scientifique et sociale du mode de propagation des maladies, Léon Bernard fut un grand hygiéniste.

Léon Bernard fut aussi un grand professeur Sa parole claire, vivante, agréable, attirait ; ses leçons étaient brillantes. Le couronnement de sa carrière, sa plus grande joie fut l'inauguration à Laennec de la clinique de la tuberculose : de cette chaire, la première créée en France, il fit un organisme d'enseignement et de recherches et sut grouper autour de lui toute une phalange de travailleurs.



Les fonctions officielles, les charges les plus écrasantes s'étaient accumulées sur ses épaules. Commandeur de la Légion d'honneur, secrétaire général, puis vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose, conseiller technique sanitaire au ministère de la Santé publique, il avait été en 1928 nommé président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, succédant à M. Roux. Chargé de l'inspection des dispensaires et des sanatoria, il parcourt la France, l'Algérie, le Maroc. Il accomplit de nombreuses missions à l'étranger, aux États-Unis, au Canada, en Amérique du Sud, dans la plupart des pays d'Europe, et se lie avec les plus hautes autorités médicales internationales. Secrétaire général de l'Union internationale contre la tuberculose, il participe brillamment à toutes ses assises : Washington, Lausanne, Bruxelles, Rome, Oslo, et c'est au moment où il organisait le prochain Congrès de Varsovie qu'il vient d'être terrassé par la maladie. Délégué de la France à l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations il y joua avec autorité un rôle éminent, tout à l'honneur de notre pays ; ses conseils étaient recherchés, ses opinions écoutées avec déférence.

Il accomplissait ces tâches accablantes et si diverses avec joie, ne mesurant jamais son effort ni sa fatigue, sûr de sa force, confiant dans sa destinée. Malgré toutes les Commissions qui le réclamaient, il gardait à l'hôpital Laennec une fidélité jamais démentie ; il aimait avec passion ces vieux bâtiments, où il avait vu s'écouler quarante années de son existence. Comme nous tous il passait souvent près de cet antique cadran solaire planté dans un des murs de son service. Nous ne savons quel écho intime éveillait en lui l'inscription qui l'entoure : *Heu mortis fortasse tuæ quam prospicis hora.* En fait, il regardait toujours de l'avant, comme si la vie était éternelle. S'exaltant aux grandes pensées, il avait un fond inaltérable d'idéalisme et d'optimisme ; mais la philosophie purement contemplative ne l'attardait pas : il agissait.

MARCEL LELONG.

REVUE DES REVUES

Trois observations typiques d'efficacité de certains hypnotiques (Dr E. COULONJOU, **Concours médical**, no 20, Paris, mai 1933).

L'auteur publie trois observations très nettes qui prouvent que, dans l'immense majorité des cas, le sédormid, allylisoprophylacétylcarbamide, est le meilleur régulateur des fonctions hypniques. Certes, le sédormid n'a pas l'action sidérante des narcotiques comme la morphine, à laquelle il faut préférer dans tous les cas le pantopon ; sans doute, il ne présente pas l'action si puissante, si énergique des barbituriques, dont le type est le somnifène (ce dernier a le grand avantage d'être le plus maniable des hypnotiques) ; toutefois le sédormid, qui n'est pas un barbiturique, est plus actif que les préparations à base de cratœgus, de valériane, de passiflore, etc., et il agit d'une manière beaucoup plus complète que les bromures (il ne faut pas oublier cependant que le sédobrol réalise le meilleur moyen d'administrer la médication bromurée) ; le sédormid, comme l'a montré dans un article particulièrement intéressant (*Concours médical*, 27 juillet 1933) le Dr Mouchette, comme l'ont également confirmé, dans de nombreuses publications, les Drs Perget Godard, Dillard, Favier, Trouette, Tibi, Dalibert, Camredon, etc., constitue le médicament le plus spécialement indiqué dans les insomnies des émotifs, des petits anxieux, des psychasthéniques, des surmenés, dans les états d'éréthisme idéatif ou psychosensoriel, dans les insomnies constitutionnelles, essentielles ou monosymptomatiques, chez les vieillards, les déments séniles, les enfus, les convalescents et même les enfants. Le sédormid est un parfait régulateur du sommeil et il donne des résultats constants aux doses courantes de 0gr,50 à 0gr,75, c'est-à-dire 2 à 3 comprimés au moment du coucher (quart ou demi-doses chez les enfants, suivant l'âge).

En résumé, le sédormid, doué de propriétés sédatives et hypnotiques douces, se révèle un médicament fort utile en thérapeutique journalière, en raison de son action régulière et de son absence pratique de toxicité.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DES SPORTS

Au début de juillet, le professeur Carnot faisait appel à ses collaborateurs. Six semaines plus tard, par les soins de l'*Assemblée française de médecine générale*, étaient réunis en un luxueux volume les rapports et travaux présentés au congrès de Chamonix, du 3 au 5 septembre.

L'*Association internationale médico-sportive*, grâce à l'activité et aux sympathies de son président, M. Latarjet, professeur d'anatomie à la Faculté de Lyon, donnait ainsi suite, en France, au Congrès de Turin de 1931.

Ils s'agissait de régler les conditions, bases du développement harmonieux de l'individu et compatibles avec sa santé.

Il s'agissait aussi de fixer les règles résultant de l'observation des athlètes dans les compétitions sportives.

Divers pays — l'Italie en particulier — ont fait un gros effort pour grouper scientifiquement la documentation utile. Il existe chez nos voisins, à cet effet, un *institut de biologie*, que dirige à Gênes le professeur sénateur Nicolas Pende ; de même à Bologne, le professeur sénateur Giacinto Viola et Piero Benedetti, le professeur Fabio Frassetto ; à Rome, le professeur Cassini ; à Modène, le professeur Donnagio ; en Pologne, les travaux du professeur Jean Mydlarski, de M. Stanislas Rouppert, du professeur Mitsiuro ; en Suisse, les Drs Besse et Ehrlide, de Genève ; en Belgique, MM. Brouha, Heymans ; le professeur Kral, à Prague ; en Roumanie, les professeurs Michailesco et Dianielopolu représentent à l'étranger des scientifiques qui se consacrent depuis longtemps à ces questions.

Tous avaient répondu à l'appel du président de la section de biologie, le professeur Laugier ; de même, en France, les professeurs Nédon, de Montpellier ; Fabre, de Bordeaux ; Péron, Pierre Gley, Chailley-Bert.

Au congrès, après l'exposé de leurs conceptions personnelles, tous furent d'accord pour élaborer en commun un projet de *fiche constitutionnelle*.

La conception de celle-ci est simple pour les cliniciens ; elle devient très minutieuse pour les anthropologistes car ils visent, un jour, à retirer des documents nombreux des lois permettant de classer les sujets en catégories d'aptitude, suivant des données physiologiques, psychologiques et anthropométriques. Cela est encore de l'idéal certes, mais une foi d'apôtres anime les savants français et étrangers qui se passionnent pour cette question. Aussi, la section de biologie nomma, dès le premier jour du congrès, une commission qui siégea presque sans désemparer pendant trois jours et qui aboutit à de longues propositions rapportées par le professeur Latarjet. Elles se résument ainsi :

1° Enseignement de la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports ; 2° les licences pour les compétitions sportives nationales et internationales ne pourront être accordées qu'après examen médical.

La commission propose deux modèles de fiches : l'un, pratique, d'application médicale facile ; l'autre, complexe, à destination scientifique. Les instituts biotypologiques de l'avenir auront besoin de s'entendre pour l'intégrité des données de celle-ci, sur les méthodes techniques, instrumentation, élaboration des données, table de correspondance. Le professeur Laugier a émis un vœu spécial dans ce sens.

***

Les « tests », dits psycho-techniques, n'ont cependant pas, pour tous, la valeur pratique que leur conception théorique pouvait laisser croire : on se rappelle l'espoir que pendant la guerre et même après la guerre on avait fondé sur eux pour la sélection des aviateurs. Le directeur du service de santé du Bourget, le Dr Garsaux, apporta au congrès, à ce sujet, une documentation impressionnante : elle passionna l'auditoire : il est nécessaire de ne pas se fier aux seuls tests ; l'expérience des faits le prouve ; il a fallu, en conséquence, atténuer dans la pratique la portée d'une méthode séduisante en principe, à l'origine, et revenir à la bonne et saine observation, au jugement des faits vécus ; les résultats se montrent bien différents de ceux d'une expérimentation théorique préalable, qui risque d'être préconçue.

L'évocation de la valeur du bon sens clinique se retrouve dans tous les rapports et communications des sections de médecine et de pédiatrie (que présidait M. Jules Renault) ; de médecine et de chirurgie sportive (que présidait le professeur Grégoire).

Pour autoriser et orienter l'éducation physique de l'enfant et de l'adolescent, à plus forte raison pour délivrer des licences sportives, des conditions cliniques sont nécessaires : elles visent, en particulier, l'intégrité des appareils circulatoire et respiratoire. L'observation radiographique, électrocardiographique, oscillographique, a fait l'objet, au congrès, de nombreux travaux et de longues discussions auxquelles prirent part les médecins déjà nommés et, en outre, le chef des services de santé de l'école de Joinville, commandant de Chaise Martin, ainsi que le Dr Collet (un de ceux qui, en France, avec le Dr Bellin du Coteau, s'est le plus attaché à l'observation des champions sur le terrain). La clinique simple trouva encore une argumentation importante dans une appréciation facile de l'effort (modification de l'épreuve de Valsalva), proposée par le Dr Henri Paillard, de Vittel.

L'enseignement à tirer de ces travaux eût été imparfait si la science et l'à-propos du président de la séance de radiologie, M. Laubry, n'avaient constamment souligné et lié l'intérêt de leurs points essentiels. Avec son affabilité habituelle, servi par son éloquence prenante, il dégageait en quelques mots l'esprit des recherches de chacun, aussi bien que les travaux personnels présentés avec ses élèves Daniel Routier et Van Bogaert ; et il aboutit à cette motion : quel que soit le progrès des méthodes modernes, le test de synthèse est encore l'expérience clinique, elle prononce en dernier ressort.

Mêmes déductions, lors de l'étude de l'appareil respiratoire et de l'observation de l'enfant, dans la séance que présidait M. Jules Renault (assisté de son fidèle élève, Edmond Libert). Le vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France possède aussi, en plus de sa grande autorité, l'art de dégager d'une discussion ce qui en est fondamental pour l'intérêt général : telles furent les intéressantes données nouvelles sur la physio-

logie du diaphragme par le professeur Bellocq, de Strasbourg, l'éminent anatomiste également soucieux de physiologie ; avertissements éloquents de Léon Kindberg, sur la trop grande fréquence de lésions pulmonaires méconnues chez les sportifs.

Vibrants exposés d'Œlsnitz, de Nice, de Louis Béthoux, de Grenoble, et de Mme Lambling, en son nom et au nom de son bon maître, M. Edmond Lesné, sur les indications et contre-indications à l'exercice chez l'enfant.

Ce dernier, à l'âge scolaire, doit être l'objet d'attentions si spéciales que le professeur Carnot avait tenu à ce qu'une section présidée par le professeur agrégé Chailley-Bert suscitât des travaux particuliers. Secondé dans cette tâche par M. Dufestel, le professeur agrégé Merklen et Jeudon, M. Chailley-Bert avait confié la documentation aux professeurs Abramson, de Suède ; Baun, de Bucarest ; Dybowski, Missiuro, Mydlarski, de Varsovie ; Oseritsky, de Moscou ; Van Blijeupurgh, de Hollande, et, en France, au professeur agrégé Despous, de Bordeaux ; M. Minelle, de Paris ; l'éducation physique doit entrer dans le cadre de l'hygiène sociale ; rééducation respiratoire scolaire, rééducation motrice des anormaux, etc., comportant la connaissance de la « dynamique fonctionnelle » du sujet, que seul le médecin peut apprécier en connaissance de cause.

***

Fervent de l'éducation physique et, grâce à elle, toujours le plus jeune de sa génération, le professeur Grégoire dirigeait la section de médecine et chirurgie sportive, dont un alpiniste, non moins alerte et également affable, M. Georges Labey, présida la séance consacrée aux sports d'altitude : la marche (Dr Besse, de Genève) ; la bicyclette en montagne (professeur Hédon) ; le ski (Dr Minelle) ; les différents sports enfin, les accidents qu'ils causent (accidents aux membres, par le professeur Tavernier, de Lyon, et Bellin du Coteau, de Paris) ; les soins appropriés du praticien (Drs Rochu-Méry, G.-S. Richard) et une vingtaine de communications diverses firent l'objet des débats si intéressants de cette section que, malgré le soleil invitant au dehors, les congressistes restèrent fidèles au travail.

Cette section fit adopter par le Congrès, sur la proposition d'Etienne May, délégué et vice-président du Club alpin, des vœux du plus grand intérêt pratique, pour prévenir les accidents de montagne et secourir les blessés. Ils mentionnent notamment l'utilité de la propagande pour que chaque alpiniste parte en excursion, muni d'appareils sonores et lumineux, pour signaler éventuellement sa détresse ; ils souhaitent l'installation de petits postes émetteurs de T. S. F. dans les refuges, d'urgence à munir aussi de matériel et tenus en liaison avec un centre médico-chirurgical, organisé par les soins d'un *Comité de secours en montagne* ; ils mentionnent enfin l'utilisation, à répandre, de pigeons voyageurs, de chiens secouristes et la nécessité d'instruire les guides de la technique élémentaire des premiers soins.

Le professeur Carnot avait réuni une commission chargée de rédiger les vœux généraux du Congrès. Le rapporteur fut le Dr Collet ; sa proposition fut adoptée d'enthousiasme ; elle dit essentiellement que, l'éducation physique étant primordiale pour le développement de l'individu et de la race, les ministères intéressés ont le devoir d'en développer les programmes et de les inclure dans divers examens ; au même titre ils figurent déjà au concours de certaines grandes écoles. Le contrôle médical scolaire et post-scolaire apparaît indispensable pour l'éducation physique et à plus forte raison pour les compétitions sportives, afin d'éviter des accidents, dus aux excès sportifs chez des sujets non surveillés.

***

Après trois jours de labeur (six heures de séance par jour), les trois cents congressistes, élite de dix-sept nations (un seul invité fit défaut : l'Allemagne), se réunirent en séance plénière de clôture ; celle-ci fut une splendide manifestation de rapprochement intellectuel et de sympathie des peuples représentés. Le professeur Latarjet, dans une improvisation chaleureuse, le fit ressortir. Le doyen des professeurs étrangers, le professeur Viola, de Bologne, exprima, dans un français impeccable, et en termes émouvants pour notre pays, la gratitude particulière de ses compatriotes, venus très nombreux, ainsi que la reconnaissance générale des étrangers pour l'accueil français. Il termina, objet d'une ovation, en saluant le président, puis l'assemblée, d'un geste familier et élégant, à la romaine.

Le professeur Carnot, qui présidait le congrès, avait assisté à toutes les séances et dirigé l'organisation générale ; il évoqua, pour terminer, les amitiés confraternelles, l'estime, la bonne entente, les lieux, la cohésion d'idées, l'union enfin dont les médecins de races diverses savent donner l'exemple. La distinction d'esprit de chacun, la volonté d'entente, l'application soucieuse, exquise et spontanée des règles les plus séduisantes de la courtoisie, donnent aux réunions médicales internationales un charme et une utilité incontestables. Au nom de la Belgique, le professeur Ledent, de Liége, invita le congrès à poursuivre ses travaux aux Journées médicales de Bruxelles en 1935.

***

Indépendamment de l'œuvre scientifique du congrès, les dévoués organisateurs régionaux, le professeur agrégé Cordier, de Lyon, et à Chamonix, M. et Mme les docteurs Agnel, avaient prévu des exercices pratiques sur le terrain. D'abord, visite du nouveau refuge de « Tête Rousse », avec célébration des divers cultes en haute altitude, le dimanche matin. Les congressistes y furent conduits par M. Georges Labey, ainsi qu'à la Dent du requin, au lac Vert, à la cheminée du Brévent. A ce dernier sommet de 2 525 mètres, à l'aube d'un jour flamboyant, nous suivions à la lorgnette dix-huit intrépides escaladant le Mont-Blanc (parmi eux un jeune physicien du laboratoire Vallot, fils du professeur Latarjet), pendant que le professeur Carnot nous exposait les raisons climatiques du plateau de Passy (entrevues par Victor Hugo dans un opuscule aujourd'hui introuvable, de son voyage dans les Alpes). Un siècle plus tard, le plateau de Passy, à l'abri de la Roque des Fize, devenait la capitale des villages de sanatoriums de haute altitude, où allaient nous accueillir

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ce jour même, à Sancellmoz, le Dr Tobi ; à la Ravoire, le Dr Canoni ; à Praz-Coutant, le Dr Davy.

A Chamonix même, la culture physique donna lieu à des démonstrations harmonieuses dans le cadre ravissant de la Plage, ainsi qu'au Prieuré (nom primitif du pays) où de ravissants bambins prospèrent sous la direction du Dr de Chabanoles.

Un enseignement pratique incomparable nous fut donné grâce au général Dosse, commandant la 14e région, par les alpins de l'Ecole de haute montagne.

En tenue de campagne, sac au dos, mousqueton et même fusil-mitrailleur à l'épaule, les intrépides diables bleus, dont leur médecin auxiliaire, l'interne des hôpitaux de Lyon, Latarjet, escaladèrent, encordés, de hautes falaises à pic ou en surplomb, cependant qu'un champion de l'apinisme, M. Frison-Roche, exposait au microphone la méthode utilisée sous nos yeux et que les haut-parleurs, répartis dans la montagne, permettaient aux congressistes disséminés de profiter intégralement de la démonstration. Les alpins récidivèrent le surlendemain sur les séracs de la Mer de glace ; en présence du médecin-colonel Schickelé, représentant le ministre de la Guerre (et qui avait réservé pour le congrès un magnifique travail sur les secours aux blessés en montagne), les mêmes soldats firent la démonstration des différents procédés d'escalades glaciaires. Figurant des sauvetages de blessés dans des crevasses, ils utilisèrent les différents modèles de brancards, depuis les plus anciens jusqu'aux plus modernes. Le médecin-colonel Thévenot en exposait les avantages et leurs indications suivant les terrains. L'un d'eux, le plus récent, semble appelé à transformer l'utilisation des secours. Capable de supporter trois hommes (ainsi que la démonstration nous en fut faite par le capitaine Pourchier, son réalisateur), il nécessite une armature d'un poids de 1 300 grammes seulement, complétée, sur le terrain, de skis comme patins et de bâtons de skis comme cadre.

***

A 2 000 mètres, un champagne d'honneur fut offert à la compagnie d'élite pour ses prouesses exécutées avec tant d'entrain et d'habileté.

Ayant montré les liens de plus en plus étroits qui unissent les médecins civils et militaires (grâce à l'action persévérante et clairvoyante du médecin général inspecteur Rouvillois et de ses collaborateurs), le professeur Latarjet clôtura les réunions du congrès, sur le plateau du Montenvers, en évoquant les suggestions scientifiques, touristiques, économiques et sociales que l'amour de la montagne engrenait. Ces constatations appelaient un lendemain ; l'un de nous s'écria : « *Un congrès de l'altitude* » et poursuivit : « L'an prochain, ici même », sous la direction d'un des plus anciens membres du Club alpin, le docteur Georges Labey, chirurgien de l'hôpital Boucicaut ; coiffé d'une marmotte, armé d'un piolet, celui-ci s'éloignait déjà, entraînant quelques collègues et leurs compagnes, tenter de nouvelles escalades, gagner avant la nuit un ultime refuge et atteindre, au petit jour, les plus hautes cimes. Hier, celles-ci étaient inaccessibles (le musée de Chamonix nous en montre la preuve). Aujourd'hui, grâce à l'effort, à la méthode, à l'organisation, aux sports, elles sont journellement gravies. Demain s'y tiendra *un congrès* : le premier congrès de l'altitude et de ses bienfaits.

REVUE DES THÈSES

Les actions curative et préventive du sérum antistreptococcique de H. Vincent en obstétrique (Dr V.-H. Brinon-Cherbuliez, *Thèse de Paris*, 1934).

Parmi tous les traitements employés jusqu'à ce jour dans les infections streptococciques, générales ou locales, au cours de l'état puerpéral, c'est le sérum de Vincent qui paraît donner les résultats les meilleurs et les plus constants. Telle est la constatation de l'auteur, qui durant plusieurs années, à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, utilisa ce sérum tant au point de vue curatif qu'au point de vue préventif.

Curativement, le sérum antistreptococcique a été employé par l'auteur pour le traitement des septicémies à hémoculture positive, de septico-pyohémies et infections post-partum atténuées. Dans tous ces cas, la sérothérapie pratiquée selon la technique de Vincent, c'est-à-dire, vite, fort et suffisamment longtemps, donna des résultats heureux.

Les seuls cas où la sérothérapie se montra inactive soit totalement, soit partiellement, furent les infections qui ultérieurement se révélèrent d'une nature non streptococcique.

Toutes les observations personnelles (onze) venant à l'appui des nombreux cas déjà publiés et dont l'auteur, rapporte 27 cas typiques, confirment l'efficacité du sérum antistreptococcique de H. Vincent, qui paraît actuellement le traitement de choix des infections si graves.

Préventivement, le sérum de Vincent doit être utilisé dans tous las cas d'hémorragies par placenta prævia ou lésion utérine, les rétentions de cotylédon ou de membranes, d'infection amniotique, d'endométrite, d'angine, d'érysipèle, de grippe, de manœuvres intra-utérines, de délivrance artificielle, qui en sont les indications majeures.

L'auteur recommande d'injecter 20 centimètres cubes sous-cutanés trois jours de suite.

La statistique des seuls cas d'infection post-partum après manœuvres intra-utérines, de 30 p. 100 avant l'emploi de la sérothérapie préventive, est tombée à 15 p. 100 dès l'institution de cette technique.

Aussi, la sérothérapie antistreptococcique de Vincent *à titre préventif*, reste la garantie la meilleure de l'absence d'infection streptococcique, grave dans les suites de couches.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

ADONAL VICARIO. — Phényléthyl-malonylurée. Sédatif énergique hypnotique, Anticonvulsivant puissant, son emploi constitue le traitement de choix du mal comitial.

Vicario, 17, boulevard Haussmann, Paris (IXe).

ALEPSAL. — Comprimés avec phényléthylmalonylurée, belladone et caféine. Supprime les crises convulsives et les équivalents. Toujours bien supporté.

INDICATIONS. — Trois dosages : 10, 5 et 1cg,5 de phényléthylmalonylurée. Epilepsie, états anxieux, troubles neuro-cardiaques, convulsions infantiles.

Genevrier, 45, rue du Marché, Neuilly-sur-Seine.

ANXIOSÉDINE. — Médication sédative et régulatrice de système nerveux. Sirop avec codéine, extrait mou de jusquiame, d'aconit, de Salix alba, de passiflore, teinture de Cratœgus oxyacantha.

INDICATIONS. — Anxiété, dyspnée anxieuse, oppression, états spasmodiques, neurasthénie, etc.

Lab. de Thérapeutique, 74, faub. d'Ambrail, Epinal.

BELLADÉNAL SANDOZ. — Association de phényléthylmalonylurée et de bellafoline. Sédatif nervin général et des cas résistants.

INDICATIONS. — Epilepsie, angoisse, douleur morale, angine de poitrine, asthme, etc.

Sandoz, 20, rue Vernier, Paris (XVIIe).

BROMÉINE MONTAGU. — *Bibromure de codéine cristallisé.*

POSOLOGIE. — Sirop : 0,03 ; ampoules : 0,02, pilules, 0,01 ; gouttes : X gouttes = 0,01.

Sédatif puissant, efficace et peu toxique.

Toux nerveuses; insomnies ; névralgies ; névrites.

Montagu, 49, boulevard de Port-Royal, Paris.

CHLORALOSANE. — Hypnotique *non toxique*. Chloralose pur, exempt de parachloralose.

INDICATIONS. — Insomnie des cardiaques, des dyspeptiques, des neurasthéniques, des enfants, vieillards et femmes enceintes, réveil normal.

Etablissements Huhlmann, 145, boulevard Haussman, Paris.

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^2Zn^3, 0,002 par pilule.

H. Chatelut, pharmacien, 63, rue Louis-Blanc, Paris.

HYOSCYAMINE HOUDÉ. — Produit pur, cristallisé, défini, extrait de l'Hyoscyamus niger.

PROPRIÉTÉS. — Sédatif du pneumogastrique, antispasmodique, anticonvulsivant, accélérateur du cœur et de la respiration.

INDICATIONS. — Avant tout : parkinsonisme sous toutes ses formes : séquelles de l'encéphalite léthargique où elle donne des résultats surprenants, hoquet épidémique, tremblement sénile, etc.

PRÉSENTATION. — Granules à 1 milligramme et à 1/4 de milligramme, 3 à 4 par jour suivant la susceptibilité du sujet (ni accoutumance, ni accumulation). On peut alterner avec les granules d'Hyoscine, de Duboisine ou d'Atropine Houdé.

Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris.

NESAL. — Présentation nouvelle en granulé soluble. Sédatif nerveux. Hypnotique.

COMPOSITION. — Tartroborobromol, phényléthylmalonylurée, ext. hydr. alc. stab. de belladone, à dosages très faibles. Non toxique. Aucune intolérance.

INDICATIONS. — Insomnie, hyperexcitabilité. Tous troubles nerveux en général ainsi que ceux de la puberté, de la ménopause, neurasthénie, anxiété, névroses, chorée, pollakiurie, incontinence nocturne d'urine, épilepsie.

La cure la plus économique.

Lab. Lobru, 26, rue Vauquelin, Paris (Ve) (Gla. 28-33).

NEUROSINE PRUNIER. — Phospho-glycérate de chaux procédé G. Prunier-Reconstituant du système nerveux sous trois formes : granulés cachets, sirop.

INDICATIONS. — Neurasthénie, phosphaturie, rachitisme, débilité, surmenage, prétuberculose.

Chassaing Le Coq et Cie, 1, quai Aulagnier, Asnières (Seine).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE. — A base de glycéro-phosphates alcalins ; propriétés : reconstituant rationnel par suite de sa composition qui est celle même des tissus nerveux.

INDICATIONS. — Neurasthénie, dépression et fatigue nerveuse, surmenage, anémie cérébrale, vertiges, convalescence.

Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

PASSIFLORINE. — Une cuillère à café contient 0gr,50 ext. fluide de Passiflora; 0gr,25 ext. mou de Salix alba ; XX gouttes alcoolé de Cratœgus oxyacantha.

ACTION. — Régularise l'influx nerveux dans le domaine du grand sympathique.

INDICATIONS. — Tous états névropathiques.

Laboratoires Reaubourg, 2, rue Boucicaut, Paris (XVe).

PHOSTYL-PY. — Acide orthophosphorique, méthylarsinate de strychnine, manganèse.

INDICATIONS. — Anémie générale et cérébrale, neurasthénie, dépression, surmenage, convalescence, phosphaturie, asthénie, etc.

Laboratoires Py, 58, Bd Richard-Wallace, Puteaux (Seine).

POUDRE CASSARINI. — Nouvelle combinaison antitoxique bromée aux extraits végétaux. Médication sédative du système nerveux; aucune contre-indication.

INDICATIONS. — Epilepsie, hystérie, névroses diverses, angoisse, neurasthénie, etc.

Laboratoires Columeau, 45, rue d'Aix, à Marseille.

PROSTHÉNASE. — Dans les maladies nerveuses causées par l'anémie : prosthénase Galbrun, fer et manganèse associés en combinaison organique.

De XX à XL gouttes par jour.

Paris, 10, rue du Petit-Musc, et toutes pharmacies.

QUINBY. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

Suspension huileuse.

Ampoules 3 c. c. (adult.), 2 dos. { 0gr,75 Bi-métal. / 0gr,15 — }

Ampoules 1 centimètre cube (enfants).

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine.

INDICATIONS. — Action remarquable dans les manifestations nerveuses de la syphilis, particulièrement actif contre les crises gastriques du tabes, dans les méningo-radiculites, et dans l'albuminose et la lymphocytose rachidiennes.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

SÉDATULINE. — A base de passiflore, ballote, Cratœgus, valériane (plantes stabilisées).

INDICATIONS. — Insomnies, états nerveux et spasmodiques, affections du cœur et des vaisseaux de l'estomac et de l'intestin.

Bousquet et Leroux, 46, rue de la Barrière, Elbeuf.

SÉDOBROL « ROCHE ». — Extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Médication *bromurée dissimulée* et toujours *très bien supportée*, même à très hautes doses. *Tablettes et liquide.*

Chaque tablette ou mesure = 1 gramme NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SOMNIFÈNE « ROCHE ». — Barbiturique soluble et injectable ne contenant aucun toxique du tableau B. Hypnotique et sédatif *excessivement maniable. Gouttes* (XX à LX par jour). *Ampoules* (1 à 2 par jour et plus, voies sous-cutanée profonde, intramusculaire et même endoveineuse).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

VALERINODOR MALMANCHE. — Composition : extr. sec stabilisé de valériane, extr. fluide de Passiflora incarnata, véronal sodique, puissant sédatif du système nerveux.

INDICATIONS. — Insomnies, palpitations, spasmes musculaires, angoisse, etc.

Laboratoires Malmanche, 101, avenue Paul-Doumer, Rueil-Malmaison (Seine-et-Oise).

VALÉROBROMINE LEGRAND. — Brome organique, régularité d'action constante, toxicité nulle, effets nets et durables.

INDICATIONS. — Epilepsie, insomnies nerveuses, hystérie, vertiges, neurasthénie, etc.

Darrasse, 13, rue Pavée, Paris (IVe).

VALIMYL (DIÉTHYLISOVALÉRIAMIDE). — Antispasmodique. Mêmes propriétés que l'essence de valériane. Activité constante. Tolérance absolue. Absence d'odeur. Perles dosées à 0,05. 4 à 8 perles par jour en deux ou trois fois, au milieu des repas.

Laboratoires Clin, Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

NOUVELLES

Un vœu du Syndicat des médecins de la Seine sur les médecins de réserve. — Voici le texte du vœu émis par le Syndicat des médecins de la Seine :

« Le conseil d'administration déplore que les médecins de réserve qui forment les neuf dixièmes des cadres du service de santé de l'armée en temps de guerre, n'aient, en temps de paix, aucun représentant au comité consultatif du service de santé militaire et demande à la Confédération des syndicats médicaux français de faire, pour obtenir cette représentation équitable, des démarches nouvelles auprès du ministre de la Guerre et des commissions de l'armée de la Chambre et du Sénat. »

Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre. — Le conseil d'administration de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre s'est réuni le 19 juin à son siège social pour sa dernière séance avant les vacances. Il rappelle à tous ses membres les efforts de l'Association aux fins d'obtenir le vote de la loi sur les emplois réservés aux médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires pensionnés de guerre (loi du 12 août 1933, *J. O.* du 12 août).

Un décret-loi du 11 avril 1934, rendu sur proposition de M. le ministre des Pensions, a nommé la commission spéciale de classement des emplois réservés.

L'Association demande à tous les camarades que ces questions intéressent de joindre leurs efforts aux siens en adressant leur adhésion et toutes suggestions au siège social, 85 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Rémunération des membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur. — Les membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur qui ne sont pas rémunérés pour l'exercice d'une fonction publique continuent à recevoir, pour la participation à ces examens et concours, les rétributions prévues par le décret du 1er septembre 1930.

Continueront à recevoir les rémunérations prévues par le décret du 1er septembre 1930 les membres des jurys des concours et examens de l'enseignement supérieur ci-après exerçant une fonction publique rémunérée :

1° Concours d'admission à l'École normale supérieure et aux bourses de licence ;

2° Concours d'agrégation des Facultés de droit, de médecine et de pharmacie ;

3° Concours général entre les étudiants des Facultés.

Les médecins au Faubourg. — On connaît le célèbre Club du Faubourg, présidé par M. Léo Poldès, dont les séances ont lieu à partir du 2 octobre, tous les samedis en matinée et en soirée, tous les mardis, salle Wagram, tous les jeudis, salle des Sociétés savantes. Au cours de la session 1934-1935 de nombreux débats seront consacrés aux problèmes médicaux et scientifiques. Parmi les personnalités qui viendront cet hiver au Club du Faubourg, citons les noms de MM. le professeur Gougerot, de la Faculté de médecine, sur *le Testament médical*, P. Bunau-Varilla sur *l'Assainissement national*, le Dr Voivenel sur *Le médecin devant la douleur et devant la mort*, le Docteur

NOUVELLES *(Suite)*

sur *les Mystères de l'ovaire*, le Dr Jolly, directeur de l'Office de répression pour l'exercice illégal de la médecine, sur *Un fléau social : les Guérisseurs*, le Dr Bizard, médecin de la prison Saint-Lazare, sur *La vie des filles*, le Dr Marcel Viard sur *Crimes et Criminels*, le Dr Wicart sur *Médecins et Orateurs*, le Dr Durville sur *Nudisme ou Naturisme*, le Dr Bourgoin sur *la Chirurgie esthétique*. Et des débats avec les Drs Paul-Boncour, Félix Regnault, Paul Gillet, Frumusan, Jean Dalsace, Bérillon, Schoegrun, Pelletier, Henry Aurenche, Fainsilber, Foveau de Courmelles, Paul Blum, etc. Nos lecteurs désireux de recevoir le programme de rentrée sont priés d'envoyer leur adresse sur une enveloppe timbrée au *Faubourg*, 155, boulevard Pereire (XVIIe).

Pour le développement de l'aviation sanitaire. — Le vendredi 21 septembre a eu lieu au secrétariat de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, une réunion officieuse des représentants de la Fédération aéronautique internationale, du Comité permanent des Congrès internationaux d'aviation sanitaire, et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, pour étudier, du point de vue international, l'utilisation des avions privés pour le transport des malades et blessés en temps de paix.

Le marquis de Lillers, président de la Croix-Rouge française, a présidé la réunion.

Le prince Bibesco, délégué de la Fédération aéronautique internationale, s'est embarqué le lendemain, 22 septembre, pour Washington, où il présentera à sa Fédération les vœux exprimés à cette réunion. Le marquis de Lillers fera également un rapport à la XVe Conférence internationale de la Croix-Rouge, qui se réunira à Tokio le 20 octobre prochain, par l'intermédiaire de son représentant à cette conférence.

Le médecin-major Sillevaerts, commissaire général du Congrès international d'aviation sanitaire, qui aura lieu à Bruxelles en 1935, a quitté Paris immédiatement après la réunion tenue à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge ; il transmettra à son Comité les vœux exprimés au cours de la réunion du 21 septembre.

Sanatorium des Pins. — A la suite d'un accord passé avec la Ligue nationale des gazés et blessés du poumon, le Sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron, transformé et remis à neuf, recevra, à partir du 15 octobre, les malades hommes pensionnés, assurés sociaux ou assistés médicaux, au prix uniforme de 31 fr. 50 par jour.

Pour tous renseignements s'adresser : soit à l'Administration du Sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), soit à la Ligue des gazés et blessés du poumon, 55, faubourg Montmartre, Paris.

Sanatorium des Escaldes. — La direction du Sanatorium des Escaldes (Pyrénées-Orientales) rappelle aux membres du corps médical qu'elle a créé récemment une section réservée aux femmes assurées sociales, assistées médicales ou pensionnaires libres, atteintes d'affections tuberculeuses pulmonaires ou osseuses, au prix de 31 fr. 50 par jour.

Indépendamment de cette section, les Escaldes restent ouvertes aux malades privés hommes et femmes pour un prix de pension journalier variant de 40 à 70 francs.

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des asiles, reprendra ses conférences à partir du 15 octobre. Elles n'auront lieu qu'une fois par semaine. Les examens de malades se pratiqueront à l'amphithéâtre de la clinique du professeur Claude l'après-midi du même jour. L'enseignement consiste dans l'examen des principales questions de la médecine mentale sous leur aspect actuel et dans leur application à la clinique. Pour les inscriptions et le programme, s'adresser au Dr Sivadon, à la clinique du professeur Claude, asile Sainte-Anne, Paris (XIVe).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Professeur : M. Gougerot). — Hopital Saint-Louis : Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la Dermatologie et à la Syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 9 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 heures.

Programme. — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix du cours : 400 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements : S'adresser à Mlle Olga Eliascheff, Laboratoire de la Faculté, Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis, de 10 à 11 heures.

Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale (Hôpital de Vaugirard). — Cours de radiologie clinique du tube digestif sous la direction de M. le professeur Pierre Duval et de MM. Jean Gatellier, agrégé, J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault, Pierre Porcher.

Ce cours commencera le lundi 8 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lieu : le matin, à 9 h. 30, le soir, à 17 h. 30.

Lundi 8 octobre, 9 h. 30. Professeur P. Duval et M. Porcher : L'œsophage (l'œsophage ormal, diverticules, dilatations, cancer, sténoses) ; 17 h. 30. M. J.-Ch. Roux : L'estomac normal. Les ptoses gastriques et l'aérophagie. Les plis de la muqueuse.

Mardi 9 octobre, 9 h. 30. M. le professeur P. Duval : Les déformations de l'intestin par aérocolie. Le volvulus de l'estomac ; 17 h. 30. M. Girault : L'ulcère gastrique non sténosant. L'ulcère de la petite courbure.

Mercredi 10 octobre, 9 h. 30. M. Girault : Le cancer et les tumeurs de l'estomac ; 17 h. 30. M. Moutier : Les sténoses du pylore et les perigastrites.

Jeudi 11 octobre, 9 h. 30. M. Béclère : L'estomac bilo-

NEVRITES

LA NÉVRITE TYPE, — inflammation de la gaîne (névrilème) ou de la myéline (gaîne de Schwann) qui entoure le filament central, — débute le plus souvent par de la périnévrite.

A cause de son potentiel thermique et thermogénique; en raison également de ses propriétés antiseptiques et de son action décongestive, l'Antiphlogistine, appliquée chaude sur une région affectée, vient au secours de l'organisme en déprimant et amollissant les tissus enflammés, en soulageant la tension musculaire, en favorisant l'absorption des exsudats, déterminant, enfin, par surcroît, une véritable diaphorèse qui calme la souffrance.

Depuis plus de 35 années la thérapeutique de l'Antiphlogistine s'est montrée d'une activité remarquable pour combattre, améliorer et guérir les manifestations inflammatoires ou congestionnelles de toutes origines.

Echantillon et littérature:

LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE
Saint-Maur-des-Fossés (près Paris)

The Denver Chemical Mfg Co.
New-York (Etats-Unis)

ANTIPHLOGISTINE

(FABRIQUÉE EN FRANCE)

NOUVELLES *(Suite)*

culaire. Les compressions de l'estomac en dehors de l'aérocolie. La hernie diaphragmatique ; 17 h. 30. M. Gatellier : L'estomac opéré (gastro-entérostomie, gastrectomie, etc.)

Vendredi 12 octobre, 9 h. 30. M. Porcher : Le duodénum normal. Les ptoses et les ectopies du duodénum ; 17 h. 30 : M. Moutier : L'ulcère du bulbe et les diverticules.

Samedi 13 octobre, 9 h. 30. M. Gatellier : Les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Le duodenum opéré ; 17 h. 30, M. J.-Ch. Roux : Les périduodénites bulbaires. Le duodénum dans la lithiase biliaire.

Lundi 15 octobre, 9 h. 30. M. Porcher : Examen du grêle. Le grêle précæcal. Les sténoses du grêle. L'invagination intestinale ; 17 h. 30. M. Béclère : Examen des voies biliaires.

Mardi 19 octobre, 9 h. 30, M. Béclère : La lithiase biliaire ; 17 h. 30, M. Porcher : Le côlon normal. Les ptoses et les compressions du côlon.

Mercredi 17 octobre, 9 h. 30. M. Gatellier : La radiologie du cæcocôlon droit (côlon mobile, tumeurs cæcales, appendicites, les malformations congénitales et acquises, volvulus du cæcum) ; 17 h. 30. M. Porcher : La stase colique. Les dolicho et mégacôlons.

Jeudi 18 octobre, 9 h. 30, M. Moutier : Les colites et les péricolites. La diverticulose sigmoïdienne ; 17 h. 30. M. Moutier : Les tumeurs du côlon.

Vendredi 19 octobre, 9 h. 30. M. Gatellier : L'occlusion intestinale. Intestin grêle et gros intestin. La radiologie dans les perforations du tube digestif. Le côlon opéré.

Droit d'inscription : 250 francs. — S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, guichet nº 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou au laboratoire nº 1.

Hôpital Lariboisière. 1º Conférences de sémiologie radiologique à l'usage des praticiens, sous la direction du Dr Ch. GUILBERT.

Les conférences commenceront le vendredi 19 octobre pour être terminées le 27 octobre à 12 heures. Le matin, examens à l'écran. A 12 heures, lecture des clichés. A 16 heures et 17 h. 30, conférences avec projections.

Programme des cours. — 19 Octobre : Conférence d'ouverture. Préparation des examens. Méthodes spéciales.

20 Octobre : Poumons, plèvre, aspect normal et tuberculose ; lésions aiguës et chroniques.

22 Octobre : Tube digestif, estomac ; duodénum.

23 Octobre : Vésicule, périviscérite du carrefour, malformation duodénale, côlon, carrefour inférieur.

24 Octobre : Cœur. Vaisseaux de la base.

25 Octobre : Tuberculose, syphilis osseuse. Lésions traumatiques des os et lésions diverses.

26 Octobre : Crâne. Dents.

27 Octobre : Repérage des corps étrangers. Appareil urinaire.

Avec le concours des Drs Ordioni, Corbier, Frain et Bouland.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au laboratoire central de Radiologie de l'hôpital Lariboisière.

2º Conférences de technique Rœntgenthérapique (Technique de la dose profonde) à l'usage des spécialistes et des étudiants. Les lundi et samedi à 11 heures par le Dr GUILBERT, chef de laboratoire, à partir du 15 janvier 1935. Conférences gratuites.

Faculté de médecine de Montpellier. Cours cliniques de perfectionnement. — Sous la direction de M. L. RIMBAUD, professeur, avec la collaboration de MM. M. Janbon, professeur agrégé, P. Rimbaud et G. Anselme-Martin, chefs de clinique, L. Goudard, chargé des travaux de physiologie, et A. Armand, assistant, il sera fait, du 15 au 27 octobre 1934, une série de leçons ayant pour objet certaines questions de pratique médicale d'actualité.

Cet enseignement, qui s'adressera aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité, comprendra des cours qui auront lieu dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 h. 30, aux jours indiqués ci-dessous, et des démonstrations de clinique et de pratique médicales, aux cliniques Saint-Eloi, dans le service de M. L. Rimbaud, le matin à 10 heures.

Ces cours de perfectionnement sont gratuits.

I. PROGRAMME DES LEÇONS (Faculté de médecine. amphithéâtre nº 2, à 17 h. 30).

15 *Octobre.* — Dr C. Anselme-Martin : Les intoxications par les barbituriques et leur traitement.

16 *Octobre.* — Professeur L. Rimbaud : Les signes cardio-vasculaires prémonitoires de l'insuffisance cardiaque (1re leçon).

17 *Octobre.* — Professeur agrégé M. Janbon : Le sérum chlorure hypertonique intraveineux dans le traitement de l'urémie.

18 *Octobre.* — Dr P. Rimbaud : La pyrétothérapie de la syphilis.

19 *Octobre.* — Dr Armand : Les manifestations nerveuses de la mélitococcie.

20 *Octobre.* — Professeur agrégé Janbon : Données nouvelles sur la maladie de Bouillaud.

22 *Octobre.* — Professeur L. Rimbaud : Les signes cardio-vasculaires prémonitoires de l'insuffisance cardiaque (2e leçon).

23 *Octobre.* — Dr Anselme-Martin : La thérapeutique par l'association sucre-insuline de l'insuffisance cardiaque.

24 *Octobre.* — Dr L. Goudard : Pathogénie et traitements médicaux actuels des ulcus gastro-duodénaux.

25 *Octobre.* — Dr P. Rimbaud : Traitement de la syphilis viscérale.

26 *Octobre.* — Dr L. Goudard : Les traitements nouveaux de l'anémie pernicieuse.

27 *Octobre.* — Professeur agrégé M. Janbon : Les indications thérapeutiques dans les cirrhoses du foie.

II. DÉMONSTRATIONS PRATIQUES (Cliniques Saint-Eloi, service du professeur L. Rimbaud, à 10 heures du matin).

Présentation de malades.

Sphygmométrie et sphygmomanométrie (mesures et inscriptions graphiques).

Electrocardiographie.

Tubage duodénal. Rectoscopie.

Ponction sous-occipitale. Lipiodo-diagnostic.

Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique. — Ce cours, qui aura lieu du 26 novembre au 20 décembre 1934, sera fait sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Sebileau, professeur honoraire de clinique oto-

rhino-laryngologique, membre de l'Académie de médecine ; Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale ; Lemaître, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Belot, radiologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Ch. Richet fils, agrégé, médecin de l'hôpital Necker ; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Tzanck, médecin de l'hôpital Broca ; Jausion, agrégé au Val-de-Grâce ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Dufourmentel, ancien chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Meyer Jean, assistant de finsenthérapie ; Degos, chef de clinique; Giraudeau, chef de laboratoire des agents physiques et de radiothérapie ; Wolfromm, chef de laboratoire ; Flurin, président de la Société française d'hydrologie; Peyre, chef de laboratoire; Saidman, assistant d'électroradiologie; Marcel Vignat, assistant de physiothérapie.

Le cours aura lieu du lundi 26 novembre au jeudi 20 décembre 1934, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

PROGRAMME DES COURS (55 leçons). — M. Gougerot : Conduite générale du traitement de la syphilis.

M. Barthélemy : Technique des injections intramusculaires, intraveineuses et intrarachidiennes.

M. Gougerot : Traitement d'attaque de la syphilis.

M. Gougerot : Traitement de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

M. Sézary : L'arsenic pentavalent dans le traitement de la syphilis.

M. Gougerot : Traitement de l'hérédo-syphilis.

M. Sézary : Traitement de la syphilis viscérale.

M. Gougerot : Traitement de la syphilis nerveuse.

M. Levaditi : Chimiothérapie de la syphilis.

M. Touraine : Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis.

M. Levaditi : Le bismuth dans le traitement de la syphilis.

M. Milian : L'arsenic trivalent dans le traitement de la syphilis.

M. Ch. Richet fils : Contrôle toxique expérimental des arsénobenzènes.

M. Milian : Accidents des arsénobenzols.

M. Pinard : Traitement du chancre mou.

M. Heitz-Boyer : Traitement de la blennorragie.

M. Jausion : Chimiothérapie de la blennoragie.

M. Wolfromm : Petite chirurgie urinaire, endoscopie.

M. Gougerot : Lutte contre les causes de la syphilis, contre la prostitution.

M. Tzanck : Désensibilisation en dermatologie (autohémothérapie).

M. Gougerot : Traitement de la tuberculose cutanée et des mycoses.

M. Claude : Malariathérapie.

M. Sabouraud : Traitement des teignes, de la séborrhée, de la pelade, des eczémas du cuir chevelu.

M. Peyre : Vaccinothérapie.

M. Meyer : Traitements externes en dermatologie.

M. Marcel Vignat : Cryothérapie.

M. Degos : Traitement des affections prurigineuses et bulleuses.

M. Burnier : Traitement de l'eczéma.

M. Gougerot : Traitement des affections érythémato-squameuses.

M. Milian : Traitement de la gale et de la phtiriase.

MM. Lemaitre, Dufourmentel : Chirurgie restauratrice de la face.

M. Belot : Radiothérapie des dermatoses.

M. Meyer : Finsenthérapie. Traitement des varices et ulcères variqueux.

M. Giraudeau : Radiumthérapie. Courants de haute fréquence. Electrocoagulation. Electrolyse et ionisation.

M. Gougerot : Pharmacologie dermatologique.

M. Flurin : Traitement hydrominéral.

M. Sabouraud : Cosmétique, les teintures.

M. Jausion : Applications thérapeutiques de la photosensibilisation.

M. Saidman : Actinothérapie par l'arc polymétallique.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 1er au 27 octobre 1934 et d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui a lieu du 29 octobre au 24 novembre 1934.

Le droit à verser est de 400 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, dispensaire de la Faculté).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie. — Ce cours, qui aura lieu du 29 octobre au 24 novembre 1934, sera fait sous la direction de M. le professeur GOUGEROT, avec la collaboration de : MM. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales

NOUVELLES *(Suite)*

et de l'encéphale ; Chevassu, professeur de pathologie externe, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Nicolas, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon ; Favre, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon ; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Duvoir, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Halphen, agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Gouverneur, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Coutela, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Lévy-Valensi, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Darré, médecin de l'hôpital de la Charité ; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin ; Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Weissenbach, médecin de l'hôpital Broca ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Tenon ; Garcin, médecin des hôpitaux ; Et. Bernard, médecin des hôpitaux ; Dechaume, stomatologiste des hôpitaux ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Paul Blum, assistant adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, ancien chef de clinique ; Carteaud, ancien chef de clinique ; Tissot, assistant d'urologie à l'hôpital Saint-Louis ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; M. Fernet, médecin de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 29 octobre au samedi 24 novembre 1934, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 heures, 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (57 leçons). — M. Gougerot : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution.

M. Levaditi : Le tréponème.

Mlle Eliascheff : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, floculation. Sérologie de la syphilis.

M. Sézary : Ponction lombaire. Étude du liquide céphalo-rachidien.

M. Levaditi : Syphilis expérimentale.

M. Milian : Chancre syphilitique. Chancre mou.

M. Chevallier : Syphilis secondaire.

MM. Nicolas et Favre : Ulcère vénérien adénogène.

M. Burnier : Syphilis maligne précoce.

M. Chevallier : Méningites syphilitiques.

Mlle Eliascheff : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis.

M. Burnier : Syphilis tertiaire et muqueuse. Phagédénisme.

M. Milian : Leucoplasie.

M. Touraine : Syphilis du tube digestif, du foie, de la rate.

M. Pinard : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection, super-infection.

M. Gougerot : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection.

M. Carteaud : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve. Balanite, végétations.

M. Dechaume : Syphilis acquise et héréditaire des maxillaires et des dents.

M. Tissot : Rétrécissements de l'urètre. Blennoragie chez la femme.

M. Duvoir : Expertise médico-légale en matière de syphilis.

M. Blum : Syphilis et diabète.

M. Babonneix : Syphilis médullaire. Atrophies musculaires syphilitiques.

M. Fernet : Syphilis et tuberculose viscérale.

M. Blum : Syphilis du rein, de la vessie, des organes génitaux, du sein.

M. Et. Bernard : Syphilis du poumon et du médiastin.

M. Weissenbach : Syphilis ostéo-articulaire.

M. Lian : Syphilis du cœur et des vaisseaux.

M. Barthélemy : Syphilis des glandes endocrines.

M. Garcin : Syphilis cérébrale. Tabes.

M. Claude : Paralysie générale.

M. Coutela : Syphilis oculaire.

M. Hautant : Syphilis de l'oreille.

M. Halphen : Syphilis du nez et du larynx.

M. Lévy-Valensi : Troubles mentaux des syphilitiques.

M. Pinard : Syphilis et grossesse. Hérédité.

M. Tixier : Hérédo-syphilis précoce.

M. Darré : Hérédo-syphilis tardive.

M. Babonneix : Hérédo-syphilis nerveuse.

M. Gougerot : Déontologie. Mariage des syphilitiques.

M. Gougerot : Syphilis et cancer.

M. Heitz-Boyer : Blennoragie aiguë chez l'homme.

M. Chevassu : Critérium de la guérison de la blennorragie.

M. Gouverneur : Complications de la blennorragie.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 1er au 27 octobre 1934 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 26 novembre au 20 décembre 1934.

Le droit à verser est de 400 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Burnier (hôpital Saint-Louis, dispensaire de la Faculté).

ACTUALITÉS MÉDICALES

Les Enfants nerveux

Diagnostic, Pronostic, Aptitudes

Par le Docteur André COLLIN

1924. 1 volume in-16 de 151 pages.. 9 fr.

Essai sur la pathogénie du cancer

Par le Dr Léon BOUVERET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon;

Médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.

1930, 1 volume grand in-8 de 154 pages.. 16 fr.

NOUVELLES *(Suite)*

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A.D.R.M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 à 11 heures, et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

VIIe Congrès international des accidents et des maladies du travail. — Le VIIe Congrès international des accidents et des maladies du travail se tiendra à Bruxelles, les 22, 23, 24 et 25 juillet 1935, sous la présidence de M. le D[r] Gilbert.

Le Congrès a pour but de faire coordonner les travaux de la Commission permanente des accidents du travail avec ceux de la Commission internationale permanente pour la médecine du travail.

Les travaux du Congrès comprendront des rapports officiels sur des questions mises à l'ordre du jour ainsi que des communications libres relatives à ces questions.

Ces travaux seront répartis en trois sections pour chacune desquelles deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

SECTION A : CHIRURGIE. — I. *Suites éloignées des traumatismes du crâne.* a) Etiologie et symptomatologie : M. Symonds (Londre) ; b) Anatomie pathologique : MM. Arnaud (Marseille), Penfield (Montréal) ; c) Diagnostic, pronostic, évaluation : M. Lippens (Bruxelles) ; d) Traitement : MM. Oller (Madrid), Paul Martin (Bruxelles).

II. *Traumatismes de la main et des doigts.* a) Traitement immédiat des plaies de la main et des doigts : MM. Neuman (Bruxelles), Boehler (Vienne) ; b) Complications infectieuses de ces plaies : MM. Versin (Genève), Buzello (Gruuswald) ; c) Opérations réparatrices après ces traumatismes : MM. Lenormant et Iselin (Paris) ; d) Séquelles trophiques et douloureuses : MM. Leriche et Fontaine (Strasbourg), Magnus (Bochum) ; e) Expertises des blessés de la main et des doigts : MM. Imbert et Paoli (Marseille).

SECTION B : MALADIES PROFESSIONNELLES. — I. *La lutte contre les poussières industrielles.* a) Comment capter et examiner les poussières en vue de leur mensuration et de leur numération ? MM. Middelton (Londres), Bordas (Paris) ; b) Quelle est la valeur comparée des différents moyens de lutte contre les poussières en suspension dans l'air ? MM. Deladrière (Bruxelles), Boerma (La Haye) ; c) Quels sont les critères pour la sélection avant l'embauchage des sujets exposés aux poussières dangereuses ? MM. Etienne Martin (Lyon), Téléky (Dusseldorf), Sternberg (Vienne) ; d) Quels sont les premiers signes d'alarme indiquant une intolérance de l'occupation dangereuse : MM. Policard (Lyon), De Net (Obourg-les-Mons).

II. *L'action pathologique des gaz s'échappant des veines grisouteuses.* L'inhalation répétée à doses minimes des gaz s'échappant des veines grisouteuses a-t-elle une action pathologique ? a) Quelle est la nature des gaz s'échappant des veines grisouteuses. Leur dépistage et leur prévention : MM. Breyre (Pâturages), Leprince-Ringuet (Paris) ; b) Quels sont les effets physiologiques et pathologiques des gaz ? MM. Sayers (Washington), Flury (Wurzburg), Henderson (New Haven), Hautain (Fontaine l'Evêque).

SECTION C : MIXTE. — I. *Manifestations objectives de la douleur.* a) Psychophysiologie de la douleur ; M. Biondi (Siena) ; b) Les altérations pathologiques du sens de la douleur : M. Crouzon (Paris) ; c) Le diagnostic objectif de la douleur chez les traumatisés : M. De Laet (Bruxelles).

II. *Electricité.* a) Troubles pathologique dus à l'électricité : M. Aiello (Milan) ; b) Hygiène électrique : M. Jellineck (Vienne) ; c. Anatomie pathologique : M. Wegeliu (Berne) ; d) Blessures électriques : M. Stassen (Montegnée).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès : M. Léo Dejardin, 23, rue du Commerce, Bruxelles, ou au secrétaire du Comité français : M. Jean Paoli, 11 a, boulevard Notre-Dame, Marseille.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

5 et 6 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Inscription des candidats aux examens de chirurgien-dentiste d'octobre.

7-9 OCTOBRE. — *Lyon.* Congrès d'hygiène sociale.

7 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription pour le concours de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique (bureau du Service de santé). Ouverture du registre d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. XXIVe Congrès de l'Association française d'urologie. S'adresser à M. le D[r] Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, à Paris.

8 OCTOBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

8 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais. Ouverture du cours sur les maladies du cœur et des vaisseaux, par M. le D[r] Ch. LAUBRY.

8 OCTOBRE. — *Toulon.* Concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École de médecine navale de Brest.

8 au 13 OCTOBRE. — *Paris.* VIIIe Congrès français de stomatologie. Séance inaugurale à la Faculté de médecine, séances suivantes à la Sorbonne. Envoyer les adhésions au D[r] Boutroux, 22, rue des Sablons, à Paris.

9 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, salle des Concours, 49, rue des Saints-Pères. Répartition dans les services des internes en médecine de 1re année, à 15 heures.

11 OCTOBRE. — *Paris.* Parc des expositions, porte de Versailles, 9 heures. Concours de l'internat en médecine et des prix de l'externat des hôpitaux de Paris.

11 OCTOBRE. — *Rouen.* Hospice général, 16 h. 30. Concours de l'externat des hôpitaux de Rouen.

12 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.

15 OCTOBRE. — *Brest.* Hospice civil, 9 heures. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Brest.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Préfecture de police (sous-direction du personnel). Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin suppléant au service médical de nuit.

NOUVELLES *(Suite)*

15 OCTOBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Ouverture du cours de perfectionnement sur le diabète sucré, par M. le professeur RATHERY.

15 OCTOBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

15 OCTOBRE. — *Paris* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de chirurgien des hôpitaux militaires.

15 OCTOBRE. — *Lille.* Dernier délai d'inscription et de dépôt des mémoires pour le concours annuel de la Faculté libre de médecine de Lille.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Saintour, Faculté de médecine de Paris.

15 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai des envois des documents pour les candidatures à la fondation J.-A. Sicard.

15 OCTOBRE. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine et chirurgie des hospices civils de Nice.

15 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 OCTOBRE. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

17-21 OCTOBRE. — *Paris.* Congrès de la Presse médicale latine.

17 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique (Bureau du service de santé). Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

18 OCTOBRE. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

18 OCTOBRE. — *Rouen.* Hospice général, 16 h. 30. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen.

18 OCTOBRE. — *Paris.* Institut océanographique (Congrès de la Presse médicale latine), 21 heures. Conférence du professeur DANIEL. La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française.

18 OCTOBRE. — *Paris.* Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique par M. le professeur Georges PORTMANN.

18 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'histologie à l'École de médecine de Tours.

18 OCTOBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 13 heures. Concours d'admission à l'École des infirmières de l'Assistance publique.

19 OCTOBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. 10 heures. Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire de M. le professeur TERRIEN, assisté de MM. Regaud, Velter, Renard, Veil, Blum. Dollfus, Hudelo et Mme Braun-Vallon.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales. 3e bureau). Dernier delai d'inscription pour les candidats à la chaire de médecine opératoire, d'orthopédie, d'obstétrique à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales et pour les candidats aux places d'agrégé et de chef de service à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription au secretariat des hospices pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Office public d'hygiène sociale (9, place de l'Hôtel-de-Ville). Dernier délai d'inscription pour les concours de six médecins assistants des établissements de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

22 OCTOBRE. — *Alger.* Ouverture du concours pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Aïn-Temouchant.

22 OCTOBRE. — *Oran.* Clôture de la liste d'inscription pour le recrutement d'un médecin suppléant du service d'électro-radiologie de l'hôpital civil d'Oran.

22 OCTOBRE. — *Paris.* Institut Pasteur. XXIe Congrès d'hygiène. S'adresser à M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, à l'Institut Pasteur.

22 OCTOBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu, 9 heures. Concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

22 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, 17 heures. Concours pour la nomination à une place de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

23 OCTOBRE. — *Lille.* Concours du professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Lyon.* Dernier délai des candidatures pour le prix scientifique véterinaire Chauveau.

25-28 OCTOBRE. — *Béziers.* Congrès de la Société des médecins amis des Vins de France.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Asile Sainte Anne. Ouverture des conférences préparatoires à l'internat en médecine des asiles de la Seine. S'adresser à M. Tusques, salle de garde de l'asile clinique Saint Anne, 1, rue Cabanis.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions des 1er et 2e trimestres.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour la 1re inscription.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (5e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai pour les candidatures à une place d'auditeur au Consel supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des bactériologistes).

CHRONIQUE DES LIVRES

Traité de médecine des enfants, publié sous la direction de MM. P. NOBÉCOURT, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine, et L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher). 5 vol. grand in-8° (17 × 25) formant 4 896 pages avec 1 521 figures et 4 planches en couleurs, brochés 750 fr., reliés 850 fr. Tomes III, IV et V (*Masson et Cie*, 1934).

Le nouveau traité, dont nous avons il y a quelques mois annoncé les deux premiers volumes, a été vite complété et les trois derniers volumes ont toutes les qualités qui frappaient dans les premiers. Bien présentés, richement illustrés, ils seront faciles à lire et à consulter.

Le *troisième volume* traite des *affections circulatoires, respiratoires* et, pour une part, des *affections de l'appareil digestif.*

Les affections du cœur et des vaisseaux ont été traitées par Jean Paraf, celles du nez, du pharynx, des oreilles, de la trachée par Baldenweek et Chatellier. R.-A. Marquézy a écrit les chapitres sur l'hypertrophie des amygdales, les affections du médiastin, les tumeurs du médiastin. Les affections des bronches et du poumon ont été exposées par notre collègue regretté Jean Hutinel et Alfred Cayla. La tuberculose pulmonaire de l'enfance est traitée par Jean Levesque; les affections de la plèvre sont écrites par Ch. Gardère. Les noms des auteurs disent assez la compétence et le soin qui distinguent ces divers chapitres.

Viennent ensuite les maladies de la bouche et de l'œsophage par Jean Cathala et Aubin, les syndromes gastriques par P. Lereboullet et A. Bohn, les dyspepsies gastro-intestinales des nourrissons dues à la plume experte et élégante de J. Cathala et G. Semelaigue; les maladies du tube digestif dans la deuxième enfance ont été décrites avec clarté et précision par Marcel Lelong. L'occlusion et les invaginations intestinales, le mégacôlon, la maladie cœliaque traités par P. Rohmer. L'appendicite exposée par J. Cathala et L. Aurousseau termine cet excellent volume.

Le *quatrième volume* contient la fin des *affections digestives,* celles de l'*appareil génito-urinaire,* les *intoxications,* les *affections des os,* la *dermatologie,* l'*ophtalmologie,* la *psychiatrie.* Nous ne pouvons citer tous les auteurs. C'est à J. Huber qu'est dû l'exposé des affections du péritoine P. Lereboullet et Fr. Saint Girons ont décrit les maladies du foie et de pancréas, G. Paisseau avec Aurousseau et Lambling les maladies du rein et des voies urinaires, G. Caussade les intoxications. Une place spéciale doit être faite dans cette énumération à l'exposé de G. Mouriquand sur les affections médicales des os, à celui de M. Péhu sur la syphilis osseuse, à l'étude si compétente et si personnelle de V. Veau et P. Plessier sur les affections congénitales de la face et du cou. Signalons encore l'exposé fait par A. Martin des affections chirurgicales des os, celui des tuberculoses ostéo-articulaires et de la luxation congénitale de la hanche par A. Mouchet et C. Rœderer, le bel exposé de dermatologie infantile dû à Sézary, E. Benoist et Rivalier, l'étude psychiatrique faite par G. Heuyer et G. Robin.

Le *cinquième volume,* qui termine l'ouvrage, est consacré à la *neurologie* et à la *thérapeutique.*

Il s'ouvre par un remarquable exposé de la *pathologie du cerveau* chez les enfants par J. Lhermitte, auquel font suite les chapitres consacrés par Babonneix et ses collaborateurs aux affections de la moelle épinière, aux affections à virus neurotrope, aux affections familiales du système nerveux. Les affections des méninges ont été traitées par J. Taillens, la tétanie et la spasmophilie par G. Mouriquand, l'acrodynie et la maladie de Raynaud par E. Pichon.

La thérapeutique a été rédigée par L. Babonneix et R. Fabre, la climatothérapie et la crénothérapie par M. Villaret et Saint Girons, la physiothérapie par P. Duhem, les médications biologiques par Harvier.

Une table alphabétique générale complète l'ouvrage, qui, paru en un minimum de temps, bien composé, remarquablement présenté, apporte au lecteur l'essentiel de nos connaissances pédiatriques à l'époque actuelle et fait honneur tout à la fois à ses directeurs, qui en ont conçu le plan et groupé les auteurs, et à ses éditeurs qui en ont assuré l'impeccable exécution.

P. LEREBOULLET.

Les traitements de l'hypertension artérielle, par le professeur MAURICE ROCH (de Genève). 1 vol. de la Collection Médecine et chirurgie pratiques, 146 pages, 20 francs (*Masson et Cie*, 1934).

Dans cette excellente mise au point d'une question toujours très actuelle, le professeur Roch témoigne de ses qualités coutumières de solide érudition, de clarté, de sens clinique. Il s'efforce de mettre de l'ordre dans sa description, rappelant les causes et la pathogénie des états d'hypertension et essayant de les classer avant de décrire les moyens de traitement à leur opposer.

Après avoir analysé le traitement des hypertensions dissociées et celui des hypertensions paroxystiques, il s'arrête surtout aux hypertensions artérielles permanentes, les envisageant successivement selon leurs causes infectieuses, nerveuses, endocriniennes, rénales, etc., et montrant quelles ressources therapeutiques nous possédons actuellement contre les diverses formes de l'hypertension artérielle permanente. Il analyse enfin le traitement des symptômes et des complications de l'hypertension. On trouvera dans cet ouvrage de très nombreux renseignements et d'utiles précisions. Très sagement le professeur Roch conclut que nous ne pouvons pas guérir l'hypertension essentielle, mais que nous pouvons soulager beaucoup les malades qui en souffrent. « Nous pouvons, ajoute-t-il, leur procurer de longs répits, ralentir la marche de leur affection et prolonger leur existence, retarder les complications qui les menacent. Ce n'est pas rien. » Si les progrès de la physiopathologie peuvent nous faire espérer des armes thérapeutiques encore plus efficaces, celles que nous possédons déjà ne doivent pas être sous-estimées, et le petit livre du professeur Roch, en les faisant mieux connaître, en précisant leurs indications, variables avec les cas, est appelé à rendre de réels services.

P. LEREBOULLET.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Petit Dictionnaire français-japonais des termes techniques de médecine, par ZENSETSU OHYA (*Librairie Kanehara, Tokyo, Osaka, Japon*).

Au Japon, les articles de médecine sont rédigés, soit en allemand, soit en anglais. La prépondérance de ces deux langues sur la nôtre est due, en grande partie, à l'existence de nombreux dictionnaires médicaux anglo-japonais ou germano-japonais, alors que jusqu'à aujourd'hui il n'y avait pas un seul dictionnaire médical franco-japonais.

Cette lacune vient d'être comblée par les soins de M. Zensetsu Ohya (agrégé de la Faculté de médecine de l'Université impériale de Kyoto), avec le plus vif désir de rendre service à la médecine française et à la médecine japonaise.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, 15e édition, par LOUIS VIDAL.

L'ouvrage, de 1 700 pages, de format 10 1/2 × 16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties, comme l'édition précédente, qui a reçu l'approbation unanime du Corps médical.

1° La table de spécialités par actions médicamenteuses et indications thérapeutiques, revisée dans tous ses détails. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver rapidement les spécialités ayant une action précise ou indiquées dans une affection déterminée ;

2° Dans la deuxième partie ont été groupées de nombreuses documentations nouvelles, et les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative ;

3° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresses des fabricants, a également été mise à jour, ainsi que

4° La nomenlcature des spécialités classées par laboratoires, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, restera pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera, comme par le passé, à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Mémento de thérapeutique pratique, par P. BAUFLE. Un vol. in-16, format portefeuille, de 281 pages. Prix : 30 francs (*J.-B. Baillière et fils*).

Ce petit ouvrage a été écrit dans le but principal de faciliter aux étudiants les premières notions de thérapeutique. Son format, très pratique, permet de le porter dans la poche et de le consulter à tous moments. Rédigé d'une manière succincte, mais précise et complète, il permet d'acquérir très vite un bagage thérapeutique important.

Il est divisé en quatre parties : les médicaments d'origine minérale, végétale, animale, parmi lesquels l'opothérapie tient la place la plus importante, enfin bactérienne, qui comporte l'étude des vaccins, des bactériophages, des sérums.

Ce mémento constitue non seulement un excellent guide pratique de thérapeutique pour l'étudiant, mais doit encore rendre de grands services au médecin dans la pratique journalière.

Sang gitane, par RAYMOND ESCHOLIER, illustré par Malaga Grenet, 1934. Un vol. in-8° (*Laboratoire Deglaude*).

Les laboratoires pharmaceutiques prennent l'habitude d'offrir aux médecins de jolis livres originaux bien édités, dignes des bibliophiles les plus difficiles; ce sont des éditions rares et appréciées, puisqu'elles ne sont pas dans le commerce.

Parmi ces beaux livres, une place à part doit être réservée à l'ouvrage de Raymond Escholier, *Sang gitane*, que les laboratoires Deglaude ont publié récemment, en une belle édition illustrée par Malaga Grenet.

Vous lirez avec émotion *Sang gitane*; un parfum d'exotisme et de perversité s'en dégage, mais aussi on y trouvera un fonds de vérité sévère.

Ceux dont le cœur a été endurci par les révélations de la vie tiendront ce livre en haute estime à cause de ses peintures vibrantes, et ceux qui aiment l'élégance du verbe et la sincérité des émotions mettront *Sang gitane* à la meilleure place de leur cité des livres.

Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de santé en temps de guerre, par le médecin général SPRÉE et le médecin lieutenant-colonel LOMBARDY. 3e édition : 22 fr. (*Charles-Lavauzelle et Cie, éditeurs*).

Les deux premières éditions de ce Précis étant épuisées, les éditeurs ont demandé aux auteurs de vouloir bien en préparer une nouvelle édition entièrement refondue et mise à jour avec les derniers règlements parus.

C'est chose faite, la troisième édition est dès maintenant mise en vente.

Les auteurs ont tenu à rester dans le cadre d'un précis dont la formule a reçu l'accueil sympathique des officiers du Corps de santé de l'active et de la réserve.

Présenté sous une forme aussi claire que possible, sans digression inutile, ce précis résume les données essentielles de l'organisation et du fonctionnement du Service de santé en temps de guerre, en vue de constituer une base solide de travail à laquelle pourront se référer non seulement les officiers de l'active, mais aussi les officiers de réserve que leur enseignement, de plus en plus pratique, astreint à la rédaction de devoirs écrits.

Ce livre paraît ainsi avoir rendu les plus signalés services à un moment où, plus que jamais, chacun doit avoir à cœur d'être prêt à tous les événements.

Guide Rosenwald, 1934, 47e année. Un vol. de 1 502 pages, 25 fr. (*Rosenwald, 99, rue d'Aboukir, Paris*).

Le Guide Rosenwald comporte la liste alphabétique des docteurs en médecine, des spécialistes et des pharmaciens. Puis la même liste, par rues pour Paris et par communes pour les départements.

On y trouve, en outre, des renseignements multiples sur les Facultés, l'Académie de médecine, les hôpitaux, maisons de santé, cliniques, les Associations et Syndicats professionnels.

Cet annuaire est soigneusement mis à jour et facile à consulter.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Hygiène de la peau, par PAUL CHEVALLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et MARCEL COLIN, médecin-assistant de l'hôpital Cochin. 1 vol. in-8° de 100 pages, 12 francs (*Gaston Doin et Cie, édit., Paris*).

La peau est un véritable organe dont le bon fonctionnement est indispensable à la santé. Son état, normal ou défectueux, conditionne, pour une large part, l'aspect esthétique ou disgracieux des visages.

C'est en se plaçant à ce double point de vue que les auteurs de ce petit livre se sont efforcés, dans un esprit pratique, d'apporter aux praticiens et au public les conseils hygiéniques nécessaires à la sauvegarde anatomique et physiologique de la peau.

Après avoir rappelé le rôle important des téguments dans l'économie générale, ils étudient d'abord les soins de propreté et les moyens de protection dont on dispose à l'égard de la *peau normale*, chez l'adulte et chez l'enfant. Ils précisent de quels soins particuliers les différentes parties du corps doivent être l'objet et comment on peut éviter un certain nombre de dermatoses d'origine interne ou externe.

Ils indiquent ensuite de quelle façon doit être comprise l'hygiène des *peaux sèches* et des *peaux grasses*, comment on peut modifier heureusement ces anomalies des téguments et lutter contre les petites dermatoses inesthétiques qui souvent les accompagnent.

Ils terminent en abordant le problème du vieillissement et montrent dans quelle mesure on peut, à l'heure actuelle, retarder ou masquer les altérations de la *peau sénile*.

En somme, dans un livre de volume modeste, chacun trouvera en ce qui le concerne, sauf bien entendu pour les cas relevant des conseils médicaux directs, des renseignements avertis et profitables.

Le trachome, I. Historique, Anatomie pathologique, par le professeur A. CANGE. 1 vol. in-8 de 287 pages. Prix : 45 fr. (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris*, 1934).

Le premier fascicule de ce très important ouvrage où l'auteur, il le dit dans sa préface, a mis tout ce qu'il a vu et appris, tout ce qu'il a enseigné dans ses leçons magistrales, dans ses causeries à la polyclinique et au lit du malade, se limite à l'historique et à l'anatomie pathologique du trachome, historique fortement documenté, l'un des plus complets peut-être que nous ayons sur ce sujet, et particulièrement attrayant cependant.

Avec sa grande érudition et sa riche culture générale, l'auteur, après nous avoir rappelé que le trachome est sans doute aussi ancien que l'humanité, le germe, suivant un mot de Warlomont, ayant dû en être conservé dans l'arche de Noé, nous transporte, par des étapes vertigineuses, du papyrus d'Ebers (1500 avant J.-C.) aux aphorismes d'Hippocrate, aux citations d'Hérodote, de Xénophon, de Plutarque, d'Ovide, de Sénèque. Qu'il s'agisse des guerres de l'antiquité, de la période médiévale, de la campagne d'Égypte de Napoléon Ier ou de la pandémie du XIXe siècle, que l'Égypte ait été le berceau du trachome, ce qui n'est pas certain, ou qu'il ait une provenance plus lointaine encore et soit originaire de l'Arabie ou de la Perse, on est obligé de reconnaître que toutes ces contrées de l'Orient ont constitué et constituent encore pour lui son asile de prédilection.

Continuant son intéressant périple, l'auteur poursuit son enquête sur l'évolution de l'affection au cours de la conquête de l'Algérie et de la période contemporaine, arrivant, après cette très substantielle étude, à cette conclusion que plus de quatre années de guerre et une longue période d'après-guerre se sont traduites, en Europe occidentale, par une notable invasion du trachome, d'où les efforts des divers États pour éteindre les foyers existants et empêcher leur propagation en élevant, d'autre part, des barrières sanitaires contre le trachome d'importation.

A la suite du rapport du professeur de Lapersonne à l'Académie de médecine, la déclaration des cas de trachome, jusqu'alors facultative, a été rendue obligatoire par la loi du 1er avril 1924 (maladie n° 15).

Au mois d'avril 1923, à l'Institut Pasteur, une réunion d'hygiénistes et d'ophtalmologistes fondait, sous l'inspiration du Dr Morax, la Ligue nationale contre le trachome, dont l'œuvre humanitaire se double d'une campagne de propagande et de vulgarisation scientifique, avec une publication trimestrielle, la *Revue internationale du trachome*.

Enfin, en 1932, dans la salle du Conseil de la Société des Nations, s'assemblaient à Genève les délégués de 21 pays pour travailler à « l'Organisation internationale pour la lutte contre le trachome », et il est permis d'espérer que tous ces efforts concertés permettront de triompher de la nouvelle offensive du trachome, au début du XXe siècle.

Tel est le premier fascicule de cet ouvrage, animé d'une conviction profonde et du vif intérêt que portait à l'étude de notre science le professeur Cange, à laquelle il s'était consacré tout entier et qu'il enseignait d'une manière particulièrement brillante. La lecture de ces pages fait regretter davantage encore sa disparition.

F. TERRIEN.

Répertoire bibliographique d'hygiène sociale pour l'année 1932, publié par le Dr F. BOURGUIN, chef de service de documentations de l'office public d'hygiène sociale. Prix : 40 francs. (*Les Presses Universitaires de France*, 1933).

Ce volume, fort utile par son exacte documentation, est composé des 12 répertoires bibliographiques parus dans la *Revue philanthropique* au cours de l'année 1932. Bien groupés, il contient un nombre considérable de renseignements et est d'un intérêt très grand pour tous ceux qui s'occupent des questions médico-sociales, si importantes actuellement. Un index facilite considérablement les recherches.

Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale, par le Dr L. LIÈGE (Collection Médecine et chirurgie pratiques) 1 vol. de 174 pages. Prix : 22 francs. (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*, 1934).

Il existe plusieurs excellents ouvrages, parus dans ces dernières années, sur la transfusion sanguine. Celui-ci diffère des précédents en ce que le problème de la transfusion n'y est envisagé que du seul point de vue pratique, toute considération théorique et biologique étant exclue.

L'auteur expose les résultats de la transfusion dans les maladies du sang et des organes hématopoïétiques (anémies, leucémies, hémophilie, hémogénie, purpuras, lymphogranulomatose, syndromes hémolytiques), dans les hémorragies graves du tube digestif, dans la fièvre typhoïde dans les infections aiguës ou chroniques. Il envisage ensuite les indications et les résultats de l'immuno-transfusion. Il étudie enfin les principaux accidents de la transfusion et les moyens de les prévenir.

Ce livre met au point les résultats que le praticien est en droit d'attendre de cette méthode thérapeutique.

Travaux du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, par Raoul LECOQ 1 vol. de 400 pages. Prix : 60 francs (*Vigot*, 1934).

M. Raoul Lecoq a réuni dans ce livre tout un groupe de recherches soit personnelles, soit faites à son laboratoire avec des collaborateurs.

La première partie a trait à l'étude des propriétés de la vitamine B vis-à-vis de la fraction organique des aliments. Il distingue trois vitamines : B_1 antinévritique, B_2 antipellagrique, B_3 d'utilisation nutritive. Il reprend l'étude du rôle de la vitamine B sur le métabolisme des glucides que C. Funk avait noté et que nous avions nous-même étudié en 1923 avec Desgrez et Bierry. Il estime également que les vitamines sont indispensables à l'utilisation des protéides et des lipides (Savare).

La seconde partie est constituée par des mémoires de Villars et Henri Villette sur le rachitisme expérimental du rat.

La troisième partie comprend des recherches diverses ; glycémie postopératoire ; action anticoagulante du citrate trisodique ; richesse des dattes muscades du Sud-Algérien en vitamines A et B et teneur faible en vitamine C ; étude du mal et de la pratique du maltage ; enfin un travail de M. Savare sur la teneur en vitamines des différents types d'huile d'olive de Tunisie.

Ce livre comprend donc toute une série de recherches variées publiées déjà antérieurement. M. Lecoq les a réunies dans un livre qui montre l'activité du laboratoire de Saint-Germain-en-Laye. L'importance des questions traitées et la compétence du directeur du laboratoire constituent la meilleure des recommandations.

F. RATHERY.

La guerre aéro-chimique et les populations civiles, par les Drs L. IZARD, J. DES CILLEULS et R. KERMAIREC. 1 vol. de 312 pages. Prix : 15 francs (*Ch. Lavauzelle et Cie, éditeurs, Paris*, 1934).

Le succès remporté par les premières éditions de ce livre a incité les auteurs à compléter leur ouvrage des faits, travaux et documents officiels récents.

En ces derniers temps, de notables progrès ont été effectivement réalisés en vue de la protection collective et de la protection individuelle contre les gaz toxiques. Aussi convenait-il de signaler ces mesures préservatrices nouvelles à tous ceux que préoccupe, à un titre quelconque, la sauvegarde des populations.

Les auteurs ont apporté à leur précédent ouvrage des *addenda* nombreux et fort intéressants, qui permettront au lecteur de suivre l'évolution des moyens mis en œuvre tant en France qu'à l'Étranger, pour atteindre ce but.

On trouvera également dans cette seconde édition, formant un volume in-8° de 312 pages avec figures, un complément de documentation sur les appareils de protection individuelle, l'organisation de la défense passive, les types d'abris récemment proposés, en un mot sur tout ce qui découle de l'enseignement des exercices ou manœuvres effectués par les diverses nations.

Ce livre, présenté par le général Niessel, membre du Conseil supérieur de la Guerre, a été couronné par l'Académie de médecine (prix Vernois 1933). Les inspecteurs départementaux d'hygiène, les membres des différentes commissions prévues par l'instruction ministérielle sur la défense passive, les Sociétés de Croix-Rouge et d'Assistance du Devoir national, les médecins, pharmaciens, etc., pourront puiser dans cet ouvrage tous renseignements utiles sur la protection des populations civiles, question capitale qui reste toute d'actualité.

Les traitements de la syphilis, par R.-J. WEISSENBACH et G. BASCH (Collection des actualités de médecine pratique). 1 vol. de 150 pages, 18 francs (*G. Doin éditeur, Paris*, 1934).

Ce petit ouvrage représente un exposé clair et précis du traitement moderne de la syphilis.

Dans la première partie sont étudiés les médicaments antisyphilitiques les plus actifs : arsenic, bismuth, mercure, iode, avec tous les détails nécessaires concernant leur posologie, leurs indications, leurs avantages, leurs inconvients et les moyens d'y remédier.

Dans la deuxième partie, est précisée la conduite à tenir suivant chaque période et chaque localisation de la syphilis.

Les auteurs se sont proposé d'apprendre aux médecins non spécialisés à traiter correctement tous les cas de syphilis qui se présentent à leur observation, et leur but est pleinement atteint.

HARVIER.

LA QUESTION FISCALE

Depuis quelques années les médecins ont été attaqués avec une violence croissante à propos des déclarations de leurs bénéfices professionnels. Cette campagne fut poursuivie dans la presse, dans les réunions publiques et même par voie d'affiches ; un certain nombre de parlementaires s'en sont fait complaisamment l'écho, et, tant à la Chambre qu'au Sénat, sont arrivés à créer une atmosphère hostile et à déclencher l'an dernier une première offensive.

Cette manifestation consista en la création des commissions de taxation. Mais les médecins menacés ainsi de mesures aussi arbitraires que vexatoires purent faire prévaloir leurs droits et admettre leur collaboration loyale pour le contrôle des déclarations : la préconciliation instituée à cet effet fonctionne depuis quelques mois et donne des résultats qui, dans l'ensemble, ont été croyons-nous, satisfaisants.

Nous pouvions croire que notre effort serait apprécié, qu'on lui donnerait le temps de porter ses fruits et que cette collaboration serait maintenue sous sa forme actuelle qui ne présente que des avantages à la fois pour le contrôle et pour le corps médical : ce dernier non seulement était disposé à la continuer, mais encore nombre de Syndicats, dont le Syndicat des médecins de la Seine, exprimèrent dans leurs délibérations et leurs vœux l'avis formel que cette préconciliation, qui permettait une explication loyale et une réfutation des bruits injustement répandus, fût conservée dans la forme établie.

Cependant, il ne semble pas que l'Administration ait songé à tirer tout le profit qu'elle pouvait attendre de cette mesure, puisque sur les 6 000 médecins environ exerçant dans la Seine, 25 seulement ont été envoyés devant notre préconciliateur pour l'année 1933 : une proportion aussi minime semblerait bien indiquer en tout cas que les déclarations de ces 6 000 médecins n'étaient pas aussi déficientes qu'on a bien voulu le prétendre.

Il n'en reste pas moins qu'au cours même du fonctionnement de ce système, et sans lui laisser par conséquent faire définitivement ses preuves, au mois de décembre dernier, une nouvelle offensive encore plus brutale a été engagée contre nous par des parlementaires mal informés, et cela avec moins de raison que l'an dernier.

Cette fois il ne s'agit plus d'instituer un contrôle dans le cadre des lois existantes, mais bien, à propos d'une loi de circonstance, de créer un régime d'exception : pour ce faire, on n'hésite pas à révoquer les droits qui découlent de notre loi organique de 1892 et on ne respecte pas davantage les principes de droit commun, comme l'article 378 du Code pénal : à la faveur d'un amendement à la loi de redressement financier, notre profession, de tout temps libérale, est transformée en une profession commerciale ; quant au secret professionnel, s'il est encore peut-être, en apparence, sauvegardé pour cette année, il a été mis en question et est gravement menacé pour l'avenir.

De telles mesures exceptionnelles et vexatoires sont loin cependant d'être justifiées.

Il est d'usage d accuser les médecins de faire des déclarations insuffisantes : il est possible que certains agissent comme tant d'autres contribuables ; mais, quand on va au fond des choses, on voit que les exemples cités sont toujours les mêmes depuis quelques années, et nous pensons qu'il doit y avoir longtemps que les cas en question ont été redressés ; nous en sommes même sûrs, à considérer le rendement progressif des impôts cédulaires des professions non commerciales.

Les médecins sont-ils des contribuables aussi défaillants qu'on veut bien le prétendre ? Aux affirmations purement gratuites de ceux qui font profession de nous attaquer, nous pouvons opposer des chiffres officiels, ceux de 1932, la dernière année où la statistique ait pu être faite.

Dans cette statistique (1), les contribuables ont été classés en quatre catégories ; mais dans les reproductions qui en ont été faites, on s'est contenté le plus souvent, dans un but aisé à deviner, de souligner le montant de l'impôt cédulaire sans le rapporter au nombre des contribuables. Cette méthode permettait de présenter, en ce qui nous concerne, un rendement qui, à première vue, pouvait paraître bien faible ; d'autant qu'on omettait de faire figurer la quatrième catégorie, et ainsi on pouvait proclamer que c'était les professions libérales qui avaient le rendement le plus bas. Voici, au reste, les chiffres rétablis dans leur intégrité :

	Nombre des contribuables.	Montant de l'impôt cédulaire.
	—	—
Traitements, salaires, pensions...........	1 971 541	931 673 300 fr.
Bénéfices industriels et commerciaux.......	769 189	2 708 787 400 —
Professions libérales...	76 655	188 698 300 —
Bénéfices agricoles....	129 812	28 623 800 —

Si maintenant nous divisons le montant de cet impôt cédulaire par le nombre des assujettis,

(1) Statistique de l'Administration des contributions directes (*Le Temps financier*, 2 octobre 1933).

nous obtenons la moyenne par tête qui est la suivante :

Traitements, salaires, pensions............	477 fr.
Bénéfices industriels et commerciaux.......	3 651 —
Professions libérales......................	2 431 —
Bénéfices agricoles........................	220 —

Il apparaît ainsi que les professions libérales, et par conséquent les médecins, occupent dans ce tableau une place tout à fait honorable et que les déclarations faites ne sont pas aussi déficientes qu'on se plaît à le dire : un impôt cédulaire de 2 431 francs correspond à un bénéfice net professionnel d'un peu plus de 45 000 francs.

Comme ces chiffres ne justifiaient pas les mesures qu'on se proposait de prendre, on a trouvé, cette année, un nouvel argument : les professions non commerciales comprendraient un peu plus de 400 000 membres et on oppose ce chiffre aux 76 655 qui figurent dans la statistique que nous reproduisons plus haut. Mais on oublie soigneusement de dire quels sont ceux qui rentrent dans cette cédule. A côté des professions libérales, figurent toute une série de gens qui ne sont contribuables que de nom, soit que leurs revenus professionnels n'atteignent pas le minimum taxable, comme les prêtres des diverses religions, soit qu'ils soient pratiquement impossibles à apprécier, comme ceux des garçons de café, chasseurs de restaurant, etc., etc. Si bien qu'en pratique, les membres des professions libérales représentent à eux seuls certainement la quasi-totalité des contribuables actifs de cette catégorie.

Il est à peu près impossible de préciser le nombre des médecins qui y rentrent, et l'Administration n'a pu l'établir. Cependant, dans le chiffre que nous avons donné figurent 12 351 titulaires de charges et offices ; il reste donc 65 304 contribuables pour les professions libérales proprement dites ; car on doit pouvoir faire, à de très rares exceptions près, abstraction des autres professions rentrant dans cette catégorie. Si bien que même en diminuant ce chiffre de quelques milliers, on peut dire qu'il doit bien correspondre à l'ensemble de ceux qui exercent en France des professions libérales.

En outre, si nous examinons le produit des impôts de 1928 à 1932, nous voyons que les chiffres se rapportant aux bénéfices industriels et commerciaux ont baissé dans cette période de près d'un milliard et que ceux des bénéfices de l'exploitation agricole sont passés de 202 millions en 1928 à 28 millions pour 1932 ; par contre, pour les professions libérales, le montant des impôts cédulaires est sensiblement le même en 1931 et 1932.

La répartition des charges fiscales a fait l'objet d'une étude parue dans le Bulletin nº 7 de novembre 1933 de la Banque nationale pour le commerce et l'industrie. Les chiffres donnés accusent une légère différence avec ceux que nous donnons plus haut, différence tenant à ce que les uns font état des rôles mis en recouvrement et les autres des sommes effectivement recouvrées ; mais ces différences étant sensiblement parallèles, on peut faire état des moyennes qui sont ainsi établies.

Pour 106 milliards 300 millions de traitements et salaires, il est perçu 900 millions d'impôt ; pour 32 milliards 700 millions de bénéfices agricoles, 34 millions seulement ; et pour 3 milliards 800 millions de revenus imposés des professions non commerciales, il est perçu 202 millions d'impôt cédulaire. Ainsi, sur les revenus imposés un médecin paie une moyenne de 5,3 p. 100, un salarié 0,8 p. 100 et un agriculteur 0,1 p. 100. Il s'ensuit que le médecin, par rapport au revenu imposé, et pour le seul impôt cédulaire, paie 6,62 fois plus que le salarié et 53 fois plus que l'agriculteur.

Un point qui mérite d'être souligné est que, dans le calcul de leurs impôts cédulaires, les médecins sont particulièrement défavorisés : d'abord le taux qui leur est appliqué est de 12 p. 100 du revenu net alors qu'il n'est que de 10 p. 100 pour les salariés ou fonctionnaires ; en outre, ces derniers bénéficient de déductions à la base fort importantes : 3 000 francs pour la femme, 3 000 fr. pour chacun des deux premiers enfants âgés de moins de dix-huit ans et non salariés eux-mêmes, 4 000 francs pour chaque enfant au delà du second, 2 000 francs pour chaque personne autre à leur charge : enfants de dix-huit à vingt et un ans ou infirmes et ascendants de plus de soixante-dix ans ou infirmes.

Ces dispositions, dans le cas d'un contribuable marié ayant trois enfants à sa charge, donnent les résultats suivants comme impôt cédulaire :

Revenu net :	Salarié.	Médecin.
—	—	—
20 000 fr.	0	360
30 000 —	210	900
50 000 —	1 065	3 060

Dans ces mêmes conditions de famille, le revenu net de 23 000 francs ne donnera lieu à aucune perception pour le salarié tandis que le médecin devra payer 522 francs.

En outre, si ce salarié ou fonctionnaire est pensionné de guerre ou accidenté du travail, il

bénéficiera d'une nouvelle déduction de 1 000 fr. et ainsi, pour un revenu net de 24 000 francs, il ne sera pas imposé tandis que le médecin sera taxé à 576 francs.

Si nous faisons intervenir la patente qui est obligatoire pour les médecins, nous obtenons des résultats encore plus frappants : prenons le cas d'un contribuable marié avec 3 enfants au-dessous de dix-huit ans et à sa charge, ayant 40 000 francs de revenus nets et un loyer de 12 000 francs ; s'il est employé, il paiera 748 francs d'impôts; s'il est médecin, 1 528 francs, plus, pour ce dernier, la patente qui, en ce cas, sera de 5 866 francs. Ainsi, tandis que le salarié ne paiera que 748 francs, le médecin devra verser 7 394 francs, soit près de 10 fois plus.

Cette charge de la patente est particulièrement lourde comme il ressort, pour Paris et pour un médecin marié, sans enfant à sa charge, du tableau suivant (1) :

Loyer.	Patente.
—	—
5 000 fr.	2 210 fr. 32
10 000 —	6 052 fr. 06
15 000 —	9 341 fr. 23
20 000 —	13 630 fr. 40
25 000 —	15 918 fr. 91

Et il y a lieu de noter que dans nombre de villes les chiffres sont encore plus élevés, atteignant le montant même du loyer, le dépassant parfois, allant ainsi jusqu'à 140 p. 100 de ce montant.

De plus, dans certaines communes rurales, la taxe vicinale est remplacée en partie par une imposition qui se superpose à la patente et l'augmente de 5 à 60 p. 100 suivant les localités.

Il ne faut pas oublier non plus que le médecin est obligé d'avoir un appartement professionnel plus important qu'un fonctionnaire ou un rentier possédant le même revenu et que, de ce fait, il paie une cote mobilière proportionnellement plus élevée.

Ce que nous venons de dire se rapporte aux impôts directement payés par le médecin, mais, en outre, par sa profession même, il est soumis, sous forme de réductions de tarifs qui lui sont imposées, à des charges assez lourdes au profit de la collectivité : ces réductions de tarif, dans la Seine, sont :

Pour l'Assistance médicale gratuite	66	p. 100
Pour les accidents du travail.............	40	—
Pour les mutilés de guerre	33	—

(1) Pour 1932 ; en 1933, les centimes ont été augmentés et le montant de la patente a été encore plus élevé.

Ce qui constitue un impôt sur le travail proportionnel à l'activité de chacun.

Aussi croyons-nous pouvoir dire qu'il est particulièrement injuste et odieux de prétendre que les médecins sont des déserteurs de l'impôt.

D'autant que, si nous nous en tenons aux déclarations, le contrôle, lorsqu'on veut bien l'exercer, est relativement aisé pour l'Administration : pour la plupart d'entre nous, l'assistance médicale gratuite, les soins aux pensionnés de guerre, aux accidentés du travail, aux assurés sociaux, les traitements fixes, etc., sont des recettes qu'il n'est pas possible de dissimuler et qui ne laissent à la fraude que des possibilités bien réduites.

Nous avons donc le droit de dire, comme l'a proclamé à la tribune de l'Académie de médecine son président, le Dr Siredey, que les nouvelles mesures fiscales ne sont qu'une brimade contre le corps médical.

***

Le médecin, après des études longues, coûteuses, parfois dangereuses, ayant consacré des sommes importantes à son installation professionnelle, sommes à peu près impossibles à récupérer, lorsqu'il cesse d'exercer, le médecin à qui on ne cesse de demander des sacrifices au profit de la collectivité, sur le dévouement de qui, à tous les instants, de jour comme de nuit, on sait pouvoir compter et souvent d'une façon désintéressée, le médecin était en droit de s'attendre à autre chose qu'à des brimades ; aussi était-il légitime que, blessé dans sa dignité, il réagît vivement contre ces mesures d'exception.

C'est ce sentiment qui poussa le Syndicat des médecins de la Seine, dès le 13 décembre, à adresser à la Confédération des Syndicats médicaux un rapport dans lequel il protestait au nom de nos principes et de nos traditions. Ce rapport eut, au moins, l'approbation de l'Académie de médecine, puisque, dans son intervention, M. Fernand Bezançon a bien voulu dire : « J'estime que le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a placé la question sur son véritable terrain et qu'en votant à l'unanimité les conclusions de sa Commission, l'Académie renforcera ainsi l'action si utile de ce Conseil. » Et dans l'ordre du jour voté, l'Académie de médecine proclamait son accord complet avec nous.

***

Il est un point, envisagé dans ce rapport, d'une importance peut-être moindre, mais dont nous croyons tout de même devoir dire quelques mots:

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

c'est la présomption établie par la loi d'un revenu au moins égal à quatre fois la valeur du loyer. Il a été dit à ce sujet que cette disposition n'intéressait qu'un petit nombre de médecins. Nous considérons cependant pour notre compte que nos groupements professionnels ont le devoir de défendre les médecins, quel que soit le nombre des intéressés.

Sans vouloir insister, nous dirons seulement qu'on ne peut raisonnablement établir un rapport fixe entre le revenu et le montant du loyer dans la période d'instabilité que nous traversons : non seulement les prix des loyers ne sont pas en rapport avec l'activité professionnelle du médecin, mais ils ne sont pas comparables entre eux ; les dispositions légales aggravent l'inégalité de charges entre ceux qui ont pu conserver un appartement d'avant-guerre et ceux qui ont été obligés de le quitter ou les jeunes qui ont dû s'installer ; il en résultera pour ceux-ci la nécessité de faire la preuve que leurs revenus n'atteignent pas le chiffre légal et il leur faudra, pour se défendre, faire une preuve négative, c'est-à-dire pratiquement impossible.

***

La question importante, essentielle, est celle de la comptabilité qui nous est imposée par l'article 4 de la loi de redressement financier de décembre dernier.

En voici le texte :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont obligés d'avoir un livre-journal qui présente jour par jour le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge. Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives.

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la somme encaissée, qu'un numéro d'ordre reproduit sur les quittances obligatoires délivrées aux clients. »

Outre que cet article est rédigé d'une façon qui prête à des interprétations plus ou moins favorables, il est en opposition avec les principes qui ont toujours régi notre profession.

La médecine fut de tout temps une profession libérale, et une des caractéristiques de ces dernières était qu'aucune comptabilité ne leur était imposée. Par contre, l'obligation d'une comptabilité était le propre des professions commerciales. La question qui se pose aujourd'hui pour le corps médical est de décider s'il veut maintenir à la médecine son caractère de toujours de profession libérale ou s'il accepte qu'elle soit assimilée désormais à une profession commerciale.

Et pour préciser le problème, il faut le placer sur son véritable terrain, celui du livre-journal.

Il convient en effet de bien préciser la signification exacte des deux obligations contenues dans l'article 4, reçu et livre-journal.

Le reçu obligatoire n'est qu'une mesure vexatoire qui n'a aucune signification au point de vue commercialisation. Ce reçu, au reste, n'était obligatoire que de nom, puisque son obligation était soumise à la bonne volonté du client de payer le timbre de quittance.

Il avait déjà fait faillite en Belgique ; aussi la dernière loi de finances, en le supprimant, a-t-elle simplement transformé une situation de fait en situation de droit.

Par contre, le livre-journal nous a été conservé et c'est lui qui constitue un véritable danger ; c'est lui qui marque, sinon peut-être une commercialisation complète immédiate, tout au moins un établissement du principe de la commercialisation.

Bien que, sous sa forme actuelle, ce livre-journal ne comporte que des dates et des chiffres, il ne faut pas nous faire d'illusions : comme il ne saurait donner ainsi les résultats qu'on prétend lui demander, il faut nous attendre à ce qu'il soit perfectionné dans le sens que poursuit l'Administration. Nous devons donc prévoir que les exigences de cette dernière nous imposeront bientôt, si les choses demeurent en l'état, une véritable comptabilité commerciale, avec un livre-journal, conforme au Code du commerce, où il nous faudra inscrire les noms de nos malades et la nature de nos interventions.

Il y a donc eu dès l'origine, en décembre, une question de principe qui se posait : si nous ne défendons pas ce principe, il nous faudra bientôt défendre également le secret professionnel dont la condamnation est implicitement et inéluctablement contenue dans l'obligation de la tenue, sous une forme momentanément anodine, d'un livre-journal.

Il est bien évident que devant cette grave menace, les questions de commodité et d'incommodité doivent passer au second plan.

***

La situation actuelle n'est que provisoire : au cours de cette année de nouvelles modalités seront étudiées et proposées ; mais pour qu'elles soient acceptées, il importe que tous les groupements médicaux agissent auprès des législateurs pour bien leur montrer que si le corps médical est

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

disposé à remplir son devoir fiscal, il ne saurait accepter ni les brimades ni les atteintes aux principes et aux traditions qui sont indispensables à l'exercice d'une profession qui joue un rôle primordial dans la vie sociale. Cette action est d'autant plus légitime que, contrairement aux attaques systématiques de nos détracteurs, le médecin est accablé d'impôts : on ne saurait trop répéter que la patente en particulier atteint trop souvent des chiffres exorbitants et accroît ainsi dans des proportions telles les frais professionnels qu'elle supprime la plus grande partie du bénéfice imposable par l'État. Si donc ce dernier paraît parfois trop peu élevé à l'Administration, ce n'est pas au médecin qu'elle doit s'en prendre, mais à une organisation défectueuse des taxes communales et départementales qui absorbent la plus grande partie de ce qui devrait lui revenir.

D[r] A. HERPIN.

(Gazette des hôpitaux.)

REVUE DES THÈSES

La toxicité des arsénobenzènes (D[r] J. BUTTNER, *Thèse de Paris*, 1933).

Le souci d'attaquer avec vigueur les syphilis contagieuses, mais en diminuant le plus possible les risques d'accidents, incite les thérapeutes à rechercher des médicaments toujours mieux tolérés.

Les arsenicaux trivalents du type arsénobenzènes sont nettement les plus actifs, mais aussi les plus dangereux, et c'est avec le plus grand intérêt que l'on lira la thèse de J. Buttner (*Contribution à l'étude de la toxicité des arsénobenzènes*, Paris 1933) qui met bien au point les qualités thérapeutiques d'un composé nouveau, mais déjà bien connu : le *Triluès*.

Cet arsenical trivalent est surtout important par le fait qu'il ne possède pas d'oxhydrile phénolique libre, élément éminemment dangereux, et que sa désintégration se fait en deux temps sans brutalité.

L'étude physiologique qui en a été faite à l'Ecole d'Alfort par le professeur Robin illustre d'ailleurs très bien ces avantages, puisque, le comparant avec les arsénobenzènes, cet auteur écrit :

« Le Triluès se montre donc considérablement moins toxique que le 914, puisque la dose mortelle de ce dernier se situe notablement au-dessous de 0gr,40 par kilogramme, alors que la dose correspondante de Triluès, 0gr,60, est absolument inoffensive. Si l'on se réfère aux travaux classiques d'Ehrlich, de Kerstein, de Hudelo, Montlaur, etc., qui placent la dose toxique minima du 914 entre 0gr,15 et 0gr,25 par kilogramme, *on constate que dans le Triluès, la toxicité du noyau arsenical est diminuée de plus de moitié*.

Au point de vue clinique, déjà dans une étude antérieure, A. Carteaud en disait : *Les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire, nous apparaissent les plus brillants. La tolérance même à doses fortes a été jusqu'ici remarquable.*

J. Buttner, dans sa thèse, étudiant des observations faites à Saint-Louis, à Saint-Lazare, à l'Institut prophylactique, à la Maternité et ailleurs, constate au point de vue de la tolérance « *que les malades intolérants aux autres arsenicaux ont généralement supporté le diéthylène et ont pu ainsi bénéficier d'un traitement arsenical, jusqu'alors impossible. La tolérance de ce nouveau médicament nous paraît donc être des meilleure.* »

Quant à l'efficacité, c'est celle des arsénobenzènes. La lecture des observations montre qu'il faut cinq injections pour obtenir la cicatrisation du chancre, quatre à sept pour faire disparaître les syphilides, et qu'on a les meilleurs résultats sur les lésions gommeuses ou viscérales ainsi que sur les sérologies, et chez l'enfant.

Au point de vue pratique, le Triluès est particulièrement précieux, puisqu'il est présenté en solution toute préparée et non en poudre et qu'il existe sous deux formes, endoveineuse et *intramusculaire*, de posologie identique.

Le Triluès, du fait de ses précieuses « chaînes latérales », a un poids moléculaire plus élevé que les arsénobenzènes, et pour qu'il y ait égalité en arsenic actif, il faut employer 0gr,22 au lieu de 0gr,15 ; les ampoules sont donc dosées de 22 centigrammes en 22 centigrammes (0gr,22, 0gr,44, 0gr,66, 0gr,88, 1gr,10, 1gr,32) et de 0gr,01 à 0gr,60 pour l'enfant.

Voici d'ailleurs la posologie rapportée par J. Buttner dans le travail cité.

La *dose maxima* pour une injection sera de 0gr,02 par kilogramme du poids du malade. Exemple : pour un malade de 70 kilogrammes, on pourra injecter jusqu'à la dose de 1gr,40, en pratique 1gr,32.

La *dose totale* à atteindre par cure est de 0gr,15 par kilogramme. Pour un malade pesant 70 kilogrammes, l'on doit totaliser 10gr,50 du produit.

L'espacement des injections est de un jour par 0gr,22 ; par exemple, on peut faire 1gr,10 quatre jours après la dose de 0gr,88.

Il est fort intéressant de signaler ici que nous avons pu, sans le moindre inconvénient ni aucun signe d'intolérance, sauter au début de la série les doses intermédiaires. C'est ainsi qu'il nous est arrivé fréquemment de faire d'emblée chez l'homme : 0gr,44 puis 0gr,88, 1gr,32, 1gr,32, etc. ; chez la femme : 0gr,22, 0gr,66 1gr,10, 1gr,10, etc.

Il est à peine besoin d'insister sur l'importance d'un pareil fait ; on connaît la fréquence des cas où il faut frapper vite et fort. D'autre part, une telle technique permettrait d'éviter la formation de germes arséno-résistants (Politzer).

On peut donc conclure avec l'auteur : *les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire nous apparaissent des plus brillants. La tolérance même à doses fortes est remarquable.*

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS ET LES FEMMES MARIÉES

(Fin).

Le jugement que nous venons de reproduire intégralement semble avoir fait une très juste application des circonstances de la cause.

En effet, dans cette espèce le mari, séparé de fait, avait pris soin de prévenir le chirurgien qu'il s'opposait formellement à l'intervention et qu'il ne paierait ni les honoraires ni les frais de clinique. Cette notification ne pouvait avoir d'autre résultat qu'une révocation du mandat tacite en vertu duquel la femme était autorisée à engage le mari et la communauté.

Il est en effet de jurisprudence constante qu'un mari peut toujours révoquer les pouvoirs de la femme, à la seule condition d'en aviser utilement les tiers. En effet, ou bien la femme possède le droit d'engager le mari et la communauté en vertu d'un mandat tacite qu'on présume donré par le mari, et il est évident que celui-ci a toujours le droit de révoquer le mandat qu'il est censé avoir donné conformément à toutes les règles qui fixent les droits des mandants et des mandataires ; ou bien, si on considère que le mandat tacite de la femme est un mandat légal qui trouve son fondement dans les articles 212 et 214 du Code civil qui obligent le mari à entretenir et à assister la femme, le mari reste le maître d'apprécier seul la fixation et le règlement des dépenses du ménage, et tant qu'aucune mesure judiciaire n'est intervenue, il peut méconnaitre les obligations que la loi a mises à sa charge. Il en résulte que si le mari a publié son intention de ne pas régler les dettes de la femme, si plus spécialement il a avisé le créancier éventuel qu'il ne prenait pas la charge d'une dette non encore née et si la femme contracte cette dette postérieurement, cette convention et ces obligations prises en connaissance de cause ne peuvent obliger ni le mari ni la communauté.

Cette question s'est posée à maintes reprises dans des instances ouvertes par des modistes ou des couturières qui, sachant fort bien que leur cliente était séparée de fait et qu'elle ne devait pas compter sur le crédit du mari, fournissaient quand même robes et chapeaux.

La même question s'est présentée également pour des femmes non séparées de fait, mais qui obtenaient de leurs fournisseurs la livraison de

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

bijoux ou de toilettes tout à fait hors de proportions avec les ressources du ménage.

Dans tous ces cas, les tribunaux ont justement déclaré que ni le mari ni la communauté ne pouvaient être obligés de payer le couturier ni le bijoutier.

Cependant ces solutions de principe, qui sont toutes fondées sur la même règle, comportent une exception qui a parfois été oubliée par certains jugements : le mari ne peut se soustraire à ses obligations alimentaires ou à ses obligations d'assistance, alors que les fournitures faites à la femme sont conformes aux ressources du ménage et ont indirectement profité au mari. Dans tous ces cas les tribunaux estiment que par le fait de la fourniture faite à la femme, dont il a profité, le mari s'est enrichi et, conformément au principe qui interdit l'enrichissement sans cause aux dépens d'autrui, les tribunaux admettent la validité de la créance du tiers, non pas en vertu d'un mandat qui n'existe pas, mais en vertu du principe que nul ne doit s'enrichir aux dépens d'autrui.

Si on applique cette théorie en matière médicale, on y retrouve la distinction faite par le jugement.

Lorsque l'intervention que la femme a sollicitée n'était ni nécessaire ni urgente, quand il s'agit d'une simple opération esthétique, on ne peut prétendre que le chirurgien a rempli spontanément une obligation du mari, ni qu'il ait indirectement exécuté un devoir de secours ou d'assistance. Il n'a donc pas d'action contre le mari ni contre la communauté.

Dans le cas, au contraire, où les soins médicaux et l'intervention du chirurgien ne sont plus justifiés par un simple souci d'esthétique, mais quand ils sont nécessités par l'état de santé de la femme, le chirurgien qui opère d'urgence et dans un but essentiellement curatif doit conserver une action directe contre le mari.

En effet, il ne s'agit plus ni d'un caprice ni d'une fantaisie à satisfaire : il s'agit d'une obligation précise de la loi que le mari a le tort de méconnaître. Et même, si par avance le mari s'est opposé à l'opération nécessaire, s'il a prévenu le médecin, il n'en demeure pas moins responsable des honoraires, parce que le médecin a rendu service au mari malgré lui, et parce qu'il a eu l'obligation de se substituer à l'époux défaillant.

De telle sorte qu'ou peut, pour ainsi dire, affirmer qu'il a personnellement payé une dette qui incombait au mari.

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

Ainsi le jugement de Toulouse se justifie complètement, à la condition de bien déterminer que l'opération que le mari s'est refusé de payer ne présentait ni le caractère de nécessité, ni l'urgence qui auraient fait de lui, malgré son opposition, le débiteur du chirurgien.

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

ÉCHOS

PLÉTHORE

Il y avait aux Etats-Unis, en 1933, 156 440 médecins. Cette même année, il est mort environ 3 500 confrères, mais les Facultés en ont diplômé 5 012 nouveaux pour les remplacer, ce qui augmentera de 1 p. 100 le nombre total des médecins, à moins qu'il n'y ait une vaste épidémie sur le corps médical en 1934.

Il y a donc, aux Etats-Unis, un médecin pour 785 habitants, noirs ou blancs. En Angleterre, il y en a un pour 1 490 ; en France, un pour 1 690 ; en Suède, un pour 2 890 ; en Pologne, un pour 3 100.

Si le nombre des médecins américains augmente avec le même rythme, on prévoit qu'ils seront 171 000 en 1940, soit un pour 760 habitants, et près de 200 000 en 1950 ; mais cette extrapolation est absurde, car elle nous mènerait à affirmer qu'en l'an 2000 on compterait un médecin et trois cinquièmes pour chaque habitant.

En attendant, l'Association américaine réclame une limitation, sous une forme quelconque ; elle estime que le nombre raisonnable est de un médecin pour 1 200 habitants ; c'est selon ce taux que les législateurs de la province d'Alberta, au Canada, ont fixé le nombre maximum des médecins à diplômer dans la province.

PH. DALLY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1934.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Léon Bernard, membre titulaire dans la section d'hygiène, et de M. Dinguizli Béchir (de Tunis), correspondant étranger, tous deux décédés pendant les vacances.

Notice. — Il est ensuite donné lecture de deux notices, l'une de M. Portier sur M. Doyon (de Lyon), l'autre de M. Vaquez sur M. Dinguizli.

Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injection intraveineuse. — M. MARCHOUX présente une note de M. MONTEL (de Saïgon), qui soigne la lèpre depuis le mois de novembre 1933 par des injections intraveineuses d'une solution de bleu de méthylène médicinal à 1 p. 100. Il fait dix-huit injections à raison de trois par semaine de 20, 30 et même 40 centimètres cubes, sans avoir jamais provoqué d'accidents, puis recommence après quinze ou vingt jours de repos. Les lésions infiltrées se teignent en bleu, alors que les lésions stabilisées restent incolores, mais elles perdent leur coloration au fur et à mesure qu'elles guérissent. M. Montel a soigné 172 lépreux. Il a vu des lépromes s'affaisser, les poussées fébriles s'interrompre, les ulcères se cicatriser, les algies disparaître. La sensibilité est plus lente à revenir. Les bacilles de Hansen se raréfient progressivement dans les rhinites et les biopsies. Aucun autre traitement n'amène une amélioration aussi rapide. Il est sans danger et fait d'une lèpre ouverte une lèpre fermée. Il y a un autre avantage, c'est qu'il peut servir à établir le diagnostic.

Vers l'organisation technique du thermo-climatisme social français. — M. MOLINÉRY (de Luchon). — A l'occasion de l'ouverture annuelle du camp thermal de Luchon, l'auteur a pu réunir un certain nombre de médecins et de parlementaires qui se trouvaient en cure à Luchon. Sous la présidence de M. le Dr Jean Durand, sénateur de l'Aude et ancien ministre, s'étaient rendus à l'appel de M. Molinéry : MM. Camboulives, Planche, Mitton, Berthezène, députés ; M. le sous-préfet de Saint-Gaudens ; M. Nastorg, vice-président du conseil municipal de Paris; M. le professeur Santhenoise, inspecteur général des services d'hygiène au ministère de l'Intérieur ; M. le Dr Picquet, directeur de l'Hygiène du département de Constantine ; le Dr Dausset, président, à Paris, de l'Entr'aide sociale aux rhumatisants.

M. le ministre Jean Durand prie l'auteur de vouloir bien exposer en quelle manière l'organisation technique du thermo-climatisme social français n'est autre que le développement de la médecine préventive, de l'hygiène sociale, de la médecine sociale sur le plan hydro-minéral et climatique.

Après avoir rappelé l'aphorisme de M. Landouzy ; l'enfant est le grand justiciable des eaux minérales, l'auteur donne la définition du camp thermal tel qu'il l'a compris et tel qu'il l'a réalisé. M. Molinéry étudie ensuite le mode d'hébergement et de traitement des assurés sociaux, des bénéficiaires de la loi des pensions (art. 54) et de ceux de la loi sur les accidents de travail. Une très importante discussion suit l'exposé de M. Molinéry et M. le sénateur Jean Durand de conclure : « Il faut inclure dans l'équipement sanitaire de la France l'organisation sociale du thermo-climatisme français.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 *septembre* 1934 (1).

Présidents d'honneur : MM. le professeur Achard, le Dr Legry, le professeur H. Vincent ; Président général : M. le professeur Carnot.

Présidents des sections : *Médecine*, M. le professeur Castaigne ; *Clinique*, M. Heitz-Boyer ; *Thérapeutique*, M. le professeur Lœper ; *Hydrologie*, M. le professeur Villaret.

Secrétaire général : Dr Balme.

Le Congrès de la colibacillose s'est ouvert le 23 septembre dans la belle salle de théâtre de Châtel-Guyon. Près de 600 inscrits avaient répondu à l'appel du comité d'organisation. C'est dire son grand succès.

Sur la scène avaient pris place M. le professeur Levadoux, maire de Châtel-Guyon et président de la Société des Eaux minérales ; M. le professeur Carnot, président général du Congrès ; MM. Lœper, Villaret, Heitz-Boyer, Paillard et Baumann.

M. Levadoux prend le premier la parole pour souhaiter la bienvenue aux congressistes, puis M. Paillard apporte les regrets de M. le professeur Castaigne, qui, souffrant, ne peut assister au Congrès dont il était l'âme. M. Baumann, au nom de la Société médicale, salue à son tour en termes très heureux les congressistes. Enfin le professeur Carnot prononce le discours d'ouverture. M. Balme, l'aimable secrétaire général, apporte enfin quelques renseignements d'ordre pratique qui sont très appréciés.

(1) Association de la Presse médicale française.

RAPPORTS

La colibacillose urinaire du nourrisson.

MM. R. DEBRÉ et G. SEMELAIGNE.

Les auteurs comprennent sous ce nom toute affection dans laquelle on trouve, en abondance, dans les urines du nourrisson, des colibacilles, mélangés ou non à du pus. Ils préfèrent cette appellation intentionnellement vague aux termes souvent employés de pyélonéphrites ou de pyélo-cystites à colibacilles, qui préjugent de notions anatomiques ou pathogéniques qui ne sont pas oujours exactes.

Les auteurs précisent l'importance des soins que l'on doit apporter à l'examen systématique des urines et ils notent la fréquence relative des colibacilloses urinaires

(17 pyuries sur 350 urines examinées, Bernheim). La colibacillose est surtout fréquente à partir de trois ou quatre mois, elle apparaît plus souvent chez les enfants soumis au lait de vache, et plus souvent chez les filles que chez les garçons.

Du point de vue clinique, il faut établir une distinction fondamentale entre la colibacillose urinaire accompagnée d'un faisceau de symptômes caractéristiques et constituant une entité morbide définie, et les colibacilloses secondaires où l'infection des voies urinaires est un épiphénomène silencieux au cours ou dans le décours des processus morbides les plus variés.

Les auteurs notent l'importance d'une période prodromique de troubles digestifs. Ils insistent sur le syndrome clinique connu : fièvre, anorexie, pâleur, signes urinaires, et en décrivent les modalités. Ils discutent ensuite les deux théories de l'infection ascendante et de l'infection descendante et montrent en terminant que la physiopathologie de la colibacillose des nourrissons est loin d'être éclaircie. Les manifestations cliniques, par contre, sont aujourd'hui bien connues.

Le retentissement hépato-biliaire des infections d'origine intestinale.

MM. Marcel BRULÉ et H. GARBAN.

Il est surprenant que pendant si longtemps les rapports de causalité qui existent entre les affections chroniques de l'intestin et certains troubles hépatiques ou biliaires soient restés à peu près méconnus, au moins dans leur véritable signification. La coexistence de troubles intestinaux et de troubles hépatiques avait été souvent notée avec des interprétations diverses. Pour Glénard, la lésion du foie était le fait dominant; pour Gilbert et Lereboullet, les troubles gastro-intestinaux de la cholémie familiale étaient des troubles secondaires.

Bouchard, un des premiers, a entrevu la filiation des troubles morbides.

Les auteurs rappellent les travaux de Lœper, ceux de Pierre Duval et J.-Ch. Roux, et enfin la description qu'ils ont faite eux-mêmes, il y a dix ans, du « syndrome entéro-hépatique », comparable au « syndrome entéro-rénal » de Heitz-Boyer.

Les rapporteurs passent ensuite en revue : les congestions hépatiques, puis les cholécystites ; ils montrent que ces deux manifestations morbides sont souvent associées entre elles et associées aussi à d'autres troubles de même origine intestinale ; ils précisent quelles affections intestinales se compliquent particulièrement de manifestations hépato-biliaires ; ils discutent les éléments du diagnostic de ce syndrome clinique et examinent comment, en particulier, il faut le distinguer de la lithiase biliaire ; ils résument enfin les principales indications thérapeutiques.

L'épreuve thérapeutique aidera souvent à trancher le diagnostic. Traiter seulement les accidents hépatiques, comme on le fait en général, revient à ne s'occuper que des complications d'une maladie et, en négligeant l'affection intestinale, on permet l'apparition de fréquentes récidives.

La thérapeutique du syndrome entéro-hépatique doit évidemment, pour être efficace, s'attaquer surtout aux troubles intestinaux. Un bon régime alimentaire, qui n'est à vrai dire pas sensiblement différent de celui qu'on prescrit à beaucoup d'hépatiques, en reste l'élément essentiel ; mais il importe de savoir qu'un des aliments les plus mal supportés dans ces cas est le lait.

Une grande prudence devra présider au choix des aliments ; on se rappellera que les extraits biliaires, le calomel, les purgatifs salins, même à petite dose, les laxatifs brutaux (et surtout ceux qui contiennent de la phénolphtaléine), les grands lavements, sont tous très mal supportés par ces intestins fragiles. Par contre, on utilisera avec avantage les poudres inertes (bismuth ou kaolin), l'huile de paraffine, les mucilages, le soufre pour combattre la stase intestinale ; on aura recours avec profit, pour modifier la flore intestinale, aux ferments lactiques liquides, aux vaccins intestinaux par voie buccale ; comme calmants, les auteurs emploient la belladone, ou même l'atropine, le bromure de sodium, le gardénal, à petites doses réfractées.

Pour traiter la cholécystite chronique, la même prudence sera nécessaire ; les auteurs n'emploient pas le tubage du duodénum, ils redoutent même l'ingestion de préparations contenant du sulfate de magnésie et ont plus volontiers recours à la peptone ou au lacto-sérum pour obtenir un petit drainage de la vésicule ; l'hexaméthylène tétramine, l'oxyquinoléine semblent des antiseptiques utiles et l'huile de Haarlem rend grand service.

Les agents physiques, et particulièrement la diathermie et les ondes courtes, semblent des adjuvants utiles.

Enfin la plupart de ces malades tirent un sérieux bénéfice des cures thermales répétées, telles que celles de Châtel-Guyon, de Plombières, de Vichy de Brides ; mais ces cures doivent être conduites avec grande prudence chez ces sujets dont l'intestin réagit facilement.

Quant aux indications chirurgicales, elles semblent devoir se restreindre aux cas exceptionnels dans lesquels la radiographie a montré l'existence d'un trouble mécanique de l'évacuation intestinale. Rares aussi sont les cas où une péricholécystite importante, une déformation permanente de la vésicule, gênant son évacuation, devront conduire à la cholécystostomie ou à la cholécystectomie.

L'intoxication d'origine intestinale et ses rapports avec la colibacillose.

MM. CHIRAY et LEBON.

Les auteurs estiment qu'une toxémie d'origine intestinale nous apparaît comme une entité morbide bien individualisée et facile à diagnostiquer par le laboratoire et la radiologie.

On ne doit la confondre ni avec les infections entérocolitiques, ni avec les troubles réflexes, ni avec les déséquilibres primitifs ou secondaires du système vago-sympathique si fréquents dans tous les états colitiques.

Si on les envisage au point de vue de leurs rapports avec la colibacillose, on doit admettre que beaucoup d'états pathologiques classés sous ce nom ne sont que des toxémies. Le terme générique de colibacillose qui tend de plus en plus à englober toutes sortes de manifestations coli-

---

tiques nous paraît donc un terme impropre qui ne répond pas à la réalité des faits d'observation courante où le colibacille ne joue qu'un rôle secondaire et épisodique.

Si l'on se place au point de vue de la pathogénie des colibacilluries, complication fréquente des colites, il semble indéniable que beaucoup d'entre elles ressortissent à des processus toxémiques et que l'irritation des reins et des voies urinaires par des produits toxiques, excrétés en permanence ou par décharges répétées, soit suffisante pour créer un milieu favorable à la prolifération de saprophytes latents. L'existence du syndrome iléo-typhlo-colique suffit à les situer.

Une autre catégorie de colibacilluries est celles qui compliquent les colites aiguës ou subaiguës, les formes infectieuses des colites ou les formes toxiques comme les colites d'origine amibienne. Leur pathologie est plus discutable, l'essaimage microbien est plus plausible, bien que certains faits semblent l'infirmer. Ici encore, il faut faire la part des rétentions fonctionnelles, de l'élimination intensive des toxines microbiennes, des sensibilisations possibles et des chocs anaphylactiques, ce qui nous ramène près du mécanisme précédent.

Enfin, il est des colibacilluries sur lesquelles le traitement intestinal n'a aucun effet. Ce sont des colibacilluries qui semblent être des infections des voies urinaires, pyélites ou pyélonéphrites d'origines diverses, dilatations du bassinet, coudures des uretères, cystites chroniques, etc., où dominent un colibacille semblable à la bactérie pyogène d'Albarran, colibacilluries qui ne semblent avoir aucun point commun avec l'intestin et qui se décèlent facilement par les divers moyens d'examen dont disposent les urologues et par la radiologie.

Il reste enfin les colibacilluries qui sont les véritables colibacilloses. Ce sont des affections graves et relativement rares. Bien que leur pathogénie soit encore obscure, le doute ne semble pas permis quant à l'origine intestinale, surtout lorsqu'on se trouve en présence de colibacillémies consécutives à une infection organique grave qui a pu annihiler les moyens de défense de la muqueuse, du grêle et du côlon et sidérer la barrière hépatique.

L'indoxylurie au cours des affections intestinales.

M. Guy Laroche.

Le rapporteur fait une étude très complète de l'indoxylurie au point de vue historique, chimique et physiopathologique. Il la complète par les renseignements fournis au cours des cures hydrominérales par les recherches de Paillard et Schneider à Vittel et à Châtel-Guyon.

Ces recherches sont particulièrement intéressantes. « Sans doute, dit M. Guy Laroche, peut-on lutter contre l'indoxylurie dans de nombreux cas par la diététique et les médications variées, mais cela n'est pas toujours aisé, et il y a des cas très rebelles.

Nous sommes convaincus que les cures hydrominérales constituent l'un des moyens les plus puissants pour lutter contre l'ensemble des facteurs qui créent et entretiennent l'hyperindoxylurie. La démonstration paraît être faite pour Châtel-Guyon et les stations vosgiennes.

Cette étude demanderait à être poursuivie dans les stations où sont traités les sujets atteints de troubles digestifs et de maladies de la nutrition. Il est possible qu'on trouve là des indications de cures successives dans des stations à action différente sur le tube digestif.

Nous sommes convaincus — c'était l'opinion de Metchnikoff — que l'intoxication lente de l'organisme par une résorption prolongée de produits toxiques d'origine intestinale est à la base d'un grand nombre de désordres fonctionnels, entraînant secondairement des troubles anatomiques sérieux.

Etudier cet aspect de la question nous entraînerait hors du cadre que nous nous sommes tracé. Nous y faisons allusion seulement pour rappeler l'importance du fait biologique et pour insister sur l'intérêt que les médecins ont à soulever quelques-uns des voiles qui cachent encore l'un des problèmes les plus délicats de la physiologie intestinale. »

Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires.

M. R. Goiffon.

De cet excellent rapport, nous extrayons ce chapitre qui résume les étapes d'un diagnostic par les méthodes de laboratoire :

« Quand les signes cliniques ont orienté vers l'hypothèse d'auto-infection ou d'auto-intoxication d'origine intestinale, il est nécessaire de s'appuyer sur des données de laboratoire.

Nous en distinguerons plusieurs étapes.

1° *Ce que le praticien peut faire*, à titre d'orientation provisoire :

a) Faire uriner son malade. — Les urines sont claires ou troubles.

Si elles sont troubles, en acidifier une partie par quelques gouttes d'acide acétique, en alcaliniser une autre par un peu d'ammoniaque. Si le trouble subsiste dans les deux cas, il y a ou microbes, ou cellules.

Filtrer après mélange au talc ; si elles restent troubles, surtout avec ondes moirées par agitation, il s'agit de microbes (se méfier des leucorrhées). Essayez sur l'urine la réaction des nitrites indiquée plus haut (interprétable seulement si elle est positive).

Sur l'urine claire ou trouble, rechercher l'indoxyle, par HCl et chloroforme.

b. Si le praticien ne peut utiliser le laboratoire, alcaliniser son malade et rechercher sur l'urine fraîche du matin, microbes et nitrites par les procédés exposés plus haut.

c. Poser un papier de tournesol sur les selles ; s'il vire au rouge, il est presque certain qu'il s'agit de fermentations anormales.

2° *Que demander au laboratoire ?*

1er *temps* :

a. *Examen cyto-bactériologique d'urine* (avec sondage chez la femme) : pH — dosage de l'indoxyle, — Examen frais et par culture, apprécier la quantité de pus.

b. *Examen complet des fèces* (sans régime d'épreuve). l'examen bactériologique est le plus souvent inutile.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

2e *temps* :

a; *Analyse d'urine* (de 24 heures) : phénol, indoxyle, scatol. — Urée, acides organiques. — Oxalate de chaux. — Urobiline et sels biliaires. — Albumine. — Evaluer la quantité de pus.

b. *Analyse du sang* (acecssoire). »

Infections colibacillaires chez l'enfant.

M. Georges MOURIQUAND et Mlle Jeanne SCHŒN.

La colibacillose est relativement fréquente chez l'enfant, et surtout chez le nourrisson. Elle se traduit par un état sceptiécmique plus ou moins grave, ou par l'infection de l'appareil urinaire. Cette infection peut se faire par voie sanguine ou par voie ascendante. Elle est favorisée par un terrain déficient, et se voit surtout chez les enfants amaigris, déshydratés, carencés ou à hérédité suspecte (tuberculose ou syphilis). Les symptômes généraux n'ont rien de très caractéristique, et les signes locaux peuvent facilement passer inaperçus. Aussi importe-t-il de pratiquer un examen systématique des urines en présence de toute fièvre inexpliquée. La technique de cet examen doit être très précise, car les causes d'erreur sont nombreuses. L'affection peut évoluer vers la mort dans les formes graves septicémiques ; elle peut guérir rapidement dans les formes aiguës facilement influencées par divers traitements ; mais les formes chroniques, rebelles à tous les traitements, sont fréquentes.

Les thérapeutiques les plus variées ont été opposées à l'infection colibacillaire. Les meilleures peuvent donner des résultats inconstants ou peu durables. En raison de la durée fréquente de l'infection, des troubles dystrophiques qu'elle entraîne, rétablir l'équilibre nutritif par un régime équi libré (les voies urinaires étant sensibles aux diverses carences), en surveillant la tolérance du tube digestif et en luttant contre ses troubles par les moyens appropriés. Une bonne hygiène générale, un changement climatique, en dehors des poussées aiguës, dans certains cas une cure thermale (type Châtel-Guyon) pourront aider à la guérison.

Dans les formes chronique il sera toujours nécessaire de pratiquer une inoculation au cobaye pour voir s'il ne s'agit pas d'une tuberculose rénale «camouflée ». Si cette inoculation est négative, on fera un examen urologique complet pour déceler une malformation des voies urinaires susceptibles d'entraîner la rétention et par suite la chronicité de l'infection. *(A suivre).*

L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE
LA CONFÉRENCE DE VARSOVIE

La IXe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui s'est ouverte à Varsovie sous la présidence de M. Mosciki, président de la République polonaise, en présence de nombreux délégués représentant 43 pays, vient de clôturer ses travaux. Les principaux rapports discutés au cours de cette Conférence ont été consacrés aux « variations biologiques du virus tuberculeux » (rapporteur général : M. le professeur Karwacki (Pologne) ; aux « formes médicales et chirurgicales des tuberculoses osseuse et articulaire et à leur traitement » (rapporteur général : M. le professeur Putti: Italie), et à l'importante question sociale de « l'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux » (rapporteur général : M. le professeur Léon Bernard (France) récemment décédé et remplacé par M. le professeur Bezançon). Ce rapport et la discussion générale qui l'a suivi ont clairement démontré le rôle essentiellement *prophylactique* du dispensaire ; c'est pourquoi l'application de la thérapeutique prophylactique (pneumothorax artificiel) s'en trouverait justifiée. Dans certaines conditions, c'est, après accord avec les groupements professionnels intéressés, une organisation à établir qui déterminera, pour la thérapeutique du pneumothorax, le rayon des dispensaires les plus proches.

Au cours de sa première séance, l'Union internationale contre la tuberculose avait constitué de la façon suivante le bureau de son Comité exécutif dont le siège permanent est à Paris : président : M. le Dr Piestrzynski (Pologne) ; secrétaire général : M. le professeur Bezançon (France), élu secrétaire général à l'unanimité en remplacement du regretté professeur Léon Bernard ; secrétaire générale adjointe : Mme le Dr Skokowska-Rudolf (Pologne) ; trésorier : M. Eugène Mirabaud.

A l'Assemblée inaugurale présidée par le président de la République polonaise, le professeur Bezançon rendit un vibrant hommage à la mémoire de Calmette et de Léon Bernard, champions, dans la lutte antituberculeuse, aussi bien de l'organisation médico-sociale de cette lutte, que des acquisitions et des progrès accomplis dans le domaine scientifique. Enfin, dans une allocution brillamment pensée et sentie, le professeur Bezançon montra les liens étroits qui unissent, sur ces terres de la science, la France et la Pologne.

Une importante délégation française comprenant 70 membres a participé aux travaux de la Conférence. Elle avait à sa tête M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre, président du Comité national de défense contre la tuberculose, conseiller de l'Union internationale, et M. le professeur Bezançon, de l'Académie de médecine, également conseiller de l'Union.

De superbes réceptions ont été données en l'honneur des membres de la Conférence par le président de la République polonaise, le président du Conseil des ministres et le président du Conseil municipal de Varsovie.

La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose aura lieu en 1936 à Lisbonne.



NOUVELLES

Cours de vacances de pratique obstétricale (Deuxième série). — Ce cours sera fait sous la direction de M. le professeur Brindeau, par MM. les Drs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Descoubry, De Peretti, Suzor, Bompart, Bidoire, anciens chefs de clinique ; Adrien-Marc Weill, chef de clinique ; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 15 octobre 1934 : il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les leçons seront illustrées de projections photographiques et cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 250 francs.

Société roumaine de chirurgie : Ve Congrès national de chirurgie et spécialités chirurgicales, sous le patronage de Sa Majesté le roi Carol II, 5 6 7 8 novembre 1934.

Le Ve Congrès national de chirurgie aura lieu à Bucarest du 5 au 8 novembre 1934 sous la présidence de M. le professeur Dr I. Baladesco, doyen de la Faculté de médecine.

A l'ordre du jour sont inscrits les rapports suivants :

Chirurgie de la lithiase biliaire : professeur Dr I. Iacobovici, Docent V. Dimitriu, Dr I. Pavel.

Œsophagoplastie préthoracique : Agrégé Dr Jean Jiano.

Traitement chirurgical du prolapsus utérin : Professeur Dr Grigoriu Cristea et Docent Dr Popovici.

Ventriculographie et repérage ventriculaire en clinique : Agrégé Dr D. Paulian et Dr D. Vasilin.

Myélographie : Conf. Dr Léonte.

Dérivation des urines : Professeur Dr Tzeposo et Dr Ionesco Miltiade.

Ostéosynthèse : Dr P. Topa, Dr I. Fagarasanu.

Néoplasmes lymphatiques, histologie, applications thérapeutiques : Conf. Dr Graciun.

Actinomycose génitale : Dr Dan Mavrodin.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale : Agrégé Dr Jean Jiano et Dr Buzoiano G.

A l'occasion de ce Congrès seront établies les bases d'une Fédération de chirurgie de la « Petite Entente », de la Pologne et des pays voisins (Rapporteur Dr J. Jiano).

Les chemins de fer roumains ont bien voulu consentir à une réduction de tarif de 50 p. 100 aux confrères qui viendront assister au Congrès. Nous avons également obtenu des réductions dans les principaux hôtels.

Prière d'adresser les adhésions, le titre des communications et le genre d'opération que l'on désirerait éventuellement exécuter, avant le 1er octobre, au Dr Jean Jiano, rue Campineanu, 52.

Cours de perfectionnement de gynécologie (Hôpital Broca, professeur : M. R. Proust). — M. R. Proust, professeur de clinique gynécologique ; M. E. Douay, chef des travaux, et les chefs de clinique du service feront ce cours du 15 octobre au 27 octobre 1934.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales en gynécologie.

Durée : Deux semaines, chaque jour sauf le dimanche ; le matin, de 9 à 12 heures : cours, visites, opérations, consultations, application de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol, titrages hormonaux, etc. L'après-midi, de 5 à 7 heures : cours et examen de malades à l'amphithéâtre de la clinique.

Programme du cours. — 1. Leçon par le professeur.

2. Diagnostic gynécologique. Hystérométrie. Ponction du Douglas. Biopsie. Injection de lipiodol.

3. Stérilité utérine et tubaire. Insufflation tubaire. Opérations pour stérilité.

4. Physiologie génitale. Le cycle génital. Hormones de l'ovaire : Folliculine, lutéine. Menstruation.

5. Physiologie génitale. Conditions de fonctionnement de l'ovaire. Hormones antéhypophysaires.

6. Malformations utérines. Déviations utérines. Pessaires. Ligamentopexie. Latérodéviation et grossesse angulaire.

7. Déchirurre périnéale. Prolapsus génital. Périnéorraphie. Opération combinée. Prolapsus sénile. Cloisonnement du vagin.

8. Blennorragie. Métrite du col. Filhos. Electro-coagulation. Amputation du col. Adénome du col.

9. Avortement et accidents consécutifs. Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale.

10. Métrite du corps. Salpingites. Pelvipéritonites. Vaccination. Colpotomie. Hystérectomies pour salpingites.

11. Tuberculose génitale.

12. Grossesse extra-utérine. Hémopéritoines non gravidiques. Transfusion.

13. Fibromes. Rayons X. Radium. Myomectomie. Hystérectomies pour fibromes.

14. Cancers du corps utérin. Lipiodol. Biopsie endoutérine. Hystérectomie totale pour cancer du corps. Endométriomes.

15. Cancer du col. Radium. Hystérectomie élargie.

16. Eliminations hormonales. Applications diagnostiques et thérapeutiques.

17. Insuffisance ovarienne. Ovarite scléro-kystique. Métrorragies d'origine ovarienne.

18. Ménopause artificielle. Traitement. Autogreffes ovariennes.

19. La douleur en gynécologie.

20. Les tumeurs de l'ovaire et du ligament large.

21. Les tumeurs du sein.

22. Complications urinaires des opérations gynécologiques.

23. Suites opératoires en gynécologie.

24. Démonstration cinématographique.

NOUVELLES *(Suite)*

Le droit à verser est de 150 francs.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE APPLIQUÉE A LA GYNÉCOLOGIE. — M. BULLIARD, chef du laboratoire de gynécologie ; M. PARAT, chef de travaux à la Sorbonne, feront ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 15 octobre au 27 octobre 1934.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche. L'après-midi : de 2 h. 30 à 5 heures.

Programme du cours. — 1. Procédés de fixation des pièces et des biopsies. Principes généraux du montage et de l'exécution des coupes.

2. Méthodes de coloration. Rappel anatomique et physiologique.

3. Inflammations et ulcérations. Ovarites.

4. Tumeurs bénignes. Adénomes.

5. Placenta et tumeurs placentaires. Grossesse extra-utérine. Diagnostic biologique de la grossesse par l'examen des urines.

6. Métrites et salpingites aiguës et chroniques.

7. Tuberculose génitale. Procédés d'hémoculture. Formules leucocytaires.

8. Kystes de l'ovaire. Papillomes.

9. Fibromes et sarcomes. Action des irradiations sur les fibromes. Examen du sang.

10. Cancers du corps et autres cancers génitaux.

11. Cancers du col.

12. Bactériologie. Cultures et colorations. Vaccins.

Le droit à verser est de 250 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le professeur GRÉGOIRE commencera ses leçons cliniques le mardi 6 novembre 1934, à l'hôpital Saint-Antoine, à 11 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Lundi*, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Mardi 11 heures : Leçon clinique à l'ampithéâtre.

Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Jeudi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Vendredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Samedi, 9 h. 30 : Examens de laboratoire. Sémiologie des maladies de l'appareil urinaire.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Programme général des cours et conférences.* — M. le professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre 1934, à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : consultation expliquée.

Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures: enseignement des stagiaires.

Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades.

Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

Institut de médecine coloniale. — M. le professeur F. Terrien commencera le mardi 6 novembre 1934, à 10 h. 30 du matin (Amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les *Affections oculaires d'origine exotique* et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Enseignement pour les stagiaires (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Veil, Renard, Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, MM. Dumont, Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 8 novembre 1933, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques. — M. le professeur Strohl, MM. les Drs Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1934, janvier, février, mars 1935, une série de conférences sur *Quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.*

Cours de prophylaxie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les Drs Renard et de Mlle S. Braun, fera à l'École de puériculture, en juin et juillet 1935, un cours en cinq leçons sur *la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.*

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé, et M. le Dr Tournay, commenceront en février, mars 1935, un cours en quinze leçons sur les *Manifestations oculaires des maladies du système nerveux.* L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern, et de MM. les Drs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, Renard, Goulfier, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mlle S. Braun et M. Dumont, fera en mai et juin 1935 un cours de *Technique ophtalmologique* (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. les Drs P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, feront, pendant le mois d'octobre 1935, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1935 un cours de technique appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

Union thérapeutique. — L'Union thérapeutique, dont la création avait été prévue et demandée par de nombreux collègues français et étrangers lors du Ier Congrès français de thérapeutique de Paris, est constituée.

Son but est d'établir entre ses membres des échanges

NOUVELLES (*Suite*)

de vue fréquents sur les différents problèmes de la thérapeutique, de désigner le siège du Congrès futur et son président, de choisir avec lui les sujets de rapports et les rapporteurs.

La première séance plénière aura lieu le samedi matin 20 octobre 1934 à 11 heures à Paris, à la Faculté de médecine (salle Pasteur).

Une séance solennelle organisée par la Société de thérapeutique aura lieu les vendredi 19 et samedi 20 octobre 1934, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris.

La thérapeutique de la cholestérolémie y sera exposée par MM. E. et H. Biancani, par M. le professeur agrégé Chabrol, par MM. le professeur agrégé Guy Laroche et Grigaut, par M. le Dr Léon Tixier, par MM. le professeur Villaret et Justin-Besançon.

Nous croyons utile de signaler que cette séance solennelle est rattachée au Congrès de la Presse médicale latine qui a lieu aux mêmes dates.

Cours de perfectionnement de chirurgie infantile. — Un cours de perfectionnement de chirurgie infantile aura lieu à Bordeaux, hôpital des Enfants, du lundi 22 octobre au samedi 27 octobre prochain, sous la direction du professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration des professeurs Réchou, Aubertin, les professeurs agrégés Loubat, chirurgien des hôpitaux ; Beauvieux, ophtalmologiste ; J. Villar, chirurgien des hôpitaux ; les docteurs Philip, oto-rhino-laryngologiste ; Mathey-Cronat, électro-radiologiste ; Maltête, stomatologiste ; Moureau, chef de laboratoire ; R. Guérin et Pouyanne, chefs de clinique ; Dr Chastaignet, interne.

Les conférences auront lieu tous les jours à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, n° 168. Elles seront accompagnées de présentation de malades st suivies de séances opératoires.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 16 octobre 1934.

Droit d'inscription : 200 francs (Inscription sans frais pour les étudiants et les internes des hôpitaux de Bordeaux).

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — M. le médecin général Normet, adjoint au directeur du service de santé des troupes coloniales dans la métropole, est nommé directeur par intérim du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, et membre du Comité consultatif de santé.

M. le médecin général Frontgous, disponible, est nommé adjoint au directeur du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris (*Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien*). — Des conférences et travaux pratiques auront lieu du lundi 18 février au samedi 16 mars 1935, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Lundi 18 février 1935, 14 heures : M. Levaditi : Leçon d'ouverture : Considérations générales sur la sérologie appliquée à la syphilis.

SYPHILIS. — A. *Microbiologie et expérimentation.* — Mardi 19 février, 14 heures. Conférences et travaux pratiques. M. Levaditi : Le tréponème pallidum. — Mercredi 20 février, 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Gastou : Recherches du tréponème ; ultra-microscope ; coloration des frottis. — Mercredi 20 février, 13 h. 30. Conférence et travaux pratiques. M. Levaditi : Le tréponème dans les tissus. — Jeudi 21 février, 13 h. 30. Conférence et travaux pratiques. M. Levaditi : La syphilis expérimentale.

B. *Sérologie. Application clinique* : 1° Réactions de fixation du complément. — Vendredi 22 février. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Préparation et titrage du sérum hémolytique et du complément ; 13 h. 30. Conférence. M. Milian : Rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Préparation et titrage des antigènes. — Samedi 23 février. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : La réaction de Bordet-Wassermann classique ; 13 h. 30. Conférence. M. Gougerot : Le séro-diagnostic de la syphilis acquise ; les réactions-tests de la Société des Nations ; valeur diagnostique des Bordet-Wassermann ; discussion des Bordet-Wassermann positifs ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Perfectionnements de la réaction de Bordet-Wassermann ; modification de Dermanche-Debains. — Lundi 25 février. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Giraud : Réactions de Desmoulière et de Jacobsthal ; 13 h. 30. Conférence. M. Pinard : Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Peyre : Procédés de mesure des réactions de Bordet-Wassermann. — Mardi 26 février. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche ; 13 h. 30. Conférence. M. Pinard : La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Letulle : La réaction de Bordet-Wassermann modifiée par Calmette-Massol. — Mercredi 27 février. 13 h. 30. Conférence. M. Gougerot : Discussion des Bordet-Wassermann négatifs ; réaction de Bordet-Wassermann paradoxale ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Les réactions-tests de la Société des Nations : I. Réaction de Sordelli-Miravent. — Jeudi 28 février. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Les réactions-tests de la Société des Nations : II. Réaction de Harrisson-Wyler ; 13 h. 30. Conférence. M. Gougerot : La sérologie de la syphilis latente ; les Bordet-Wassermann oscillants et les Bordet-Wssermann irréductibles ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : La réaction de Hecht ; technique de l'Institut Pasteur. — Vendredi 1er mars. 9. h. 30. Travaux pratiques. M. Ronchèse : Réaction de Hecht ; technique de Ronchèse ; 13 h. 30. Conférence. M. Milian : La réactivation de la séro-réaction ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Ronchèse : Interprétation et causes d'erreur des réactions de Bordet-Wassermann.

2° Les réactions de floculation. — Samedi 2 mars. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Bonnet : Réactions de Sachs-Georgi et de Sachs-Witebsky ; 13 h. 30. Travaux pratique. M. Demanche : La réaction de Kahn : réaction standard et réaction présomptive. — Lundi 4 mars. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. Bergeron : La réaction de Vernes ; 13 h. 30. Conférence. M. Levaditi : Les conditions chimio-physiques des réactions de floculation ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Demanche : Les réactions de Meinicke ; réaction d'opacification et réaction

NOUVELLES *(Suite)*

de clarification. — Mardi 5 mars. 9 h. 30. Travaux pratiques : M. Demanche : La réaction de conglomération de Muller.

3° La syphilis nerveuse. — Mardi 5 mars. 13 h. 30. Conférence. M. Ravaut : Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic ; 14 h. 30. Travaux pratiques. Mlle Olga Eliascheff : Examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien. — Mercredi 6 mars. 9 h. 30. Travaux pratiques. M. P. Girand : Réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien; 13 h. 30. Conférence. M. Ravaut : Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Targowla : La réaction de l'élixir parégorique. — Jeudi 7 mars. 13 h. 30. Conférence. M. Guillain : Syphilis nerveuse ; réaction du bejoin colloïdal ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Guy-Laroche : La réaction du benjoin colloïdal. — Vendredi 8 mars. 13 h. 30. Conférence. M. Sézary : Paralysie générale ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Hagueneau : Réaction de l'or colloïdal.

Blennorragie. — Samedi 9 mars. 13 h. 30. Conférence et travaux pratiques. M. Rivalier : Le gonocoque ; morphologie et biologie ; coloration du gonocoque ; microbes associés. — Lundi 11 mars. 9 h. 30. Conférence et travaux pratiques. M. Milian : Les hémocultures ; 13 h. 30. Conférence. M. Janet : Les écoulements urétraux. — Mardi 12 mars. 13 h. 30. Conférence. M. Chevassu : Critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Rivalier : Sérologie de la gonococcie et du chancre simple,

Chancre simple, maladie de Nicolas-Favre, herpès, balano-posthites. — Mercredi 13 mars. 13 h. 30; Conférence. M. Milian : Microbiologie du chancre simple ; 14 h. 30. Travaux pratiques. M. Girault : Le bacille de Ducrey : morphologie et cultures. Préparation des vaccins. — Jeudi 14 mars. 9 h. 30. Conférence et travaux pratiques. M. Milian : Herpès et balano-posthites. 13 h. 30. Conférence. M. Levaditi : Etiologie de la maladie de Nivolas-Favre. Antigène de Frei.

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Pour être admis, les élèves devront faire un stage préparatoire d'un mois au laboratoire de l'Ecole de sérologie, à l'Institut Alfred-Fournier, ou justifier d'un stage équivalent dans un laboratoire agréé.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis décerné par la Faculté de médecine (décret du 2 juin 1937).

Le nombre des élèves est limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er janvier 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

15 Octobre. — *Paris.* Préfecture de police (sous-direction du personnel). Clôture du registre d'inscription pour le concours de médecin suppléant au service médical de nuit.

15 Octobre. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Ouverture du cours de perfectionnement sur le diabète sucré, par M. le professeur Rathery.

15 Octobre. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Marseille.

15 Octobre. — *Paris* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de chirurgien des hôpitaux militaires.

15 Octobre. — *Lille.* Dernier délai d'inscription et de dépôt des mémoires pour le concours annuel de la Faculté libre de médecine de Lille.

15 Octobre. — *Paris.* Dernier délai de dépôt des mémoires pour le prix Saintour, Faculté de médecine de Paris.

15 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Dernier délai des envois des documents pour les candidatures à la fondation J.-A. Sicard.

15 Octobre. — *Nice.* Concours de l'internat en médecine et chirurgie des hospices civils de Nice.

15 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux.

17 Octobre. — *Bordeaux.* Concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux.

17-21 Octobre. — *Paris.* Congrès de la Presse médicale latine.

17 Octobre. — *Paris.* Assistance publique (Bureau du service de santé). Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

17 Octobre. — *Rome.* Congrès de la Société italienne de médecine interne.

18 Octobre. — *Paris.* Préfecture de la Seine. Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

18 Octobre, — *Rouen.* Hospice général, 16 h. 30. Concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen.

18 Octobre. — *Paris.* Institut océanographique (Congrès de la Presse médicale latine), 21 heures. Conférence du professeur Daniel. La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française.

18 Octobre. — *Paris.* Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique par M. le professeur Georges Portmann.

18 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant d'histologie à l'École de médecine de Tours.

18 Octobre. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 13 heures. Concours d'admission à l'École des infirmières de l'Assistance publique.

19 Octobre. — *Paris.* Hôtel-Dieu. 10 heures. Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire de M. le professeur Terrien, assisté de MM. Regaud, Velter, Renard, Veil, Blum. Dollfus, Hudelo et Mme Braun-Vallon.

20 Octobre. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direc-

NOUVELLES *(Suite)*

tion des troupes coloniales. 3e bureau). Dernier delai d'inscription pour les candidats à la chaire de médecine opératoire, d'orthopédie, d'obstétrique à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales et pour les candidats aux places d'agrégé et de chef de service à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription au secretariat des hospices pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Office public d'hygiène sociale (9, place de l'Hôtel-de-Ville). Dernier délai d'inscription pour les concours de six médecins assistants des établissements de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

22 OCTOBRE. — *Alger.* Ouverture du concours pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Aïn-Temouchant.

22 OCTOBRE. — *Oran.* Clôture de la liste d'inscription pour le recrutement d'un médecin suppléant du service d'électro-radiologie de l'hôpital civil d'Oran.

22 OCTOBRE. — *Paris.* Institut Pasteur. XXIe Congrès d'hygiène. S'adresser à M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, à l'Institut Pasteur.

22 OCTOBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu, 9 heures. Concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

22 OCTOBRE. — *Paris.* Assistance publique, 17 heures. Concours pour la nomination à une place de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

23 OCTOBRE. — *Lille.* Concours du professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

25 OCTOBRE. — *Turin.* Congrès italien de médecine du travail.

25 OCTOBRE. — *Lyon.* Dernier délai des candidatures pour le prix scientifique vétérinaire Chauveau.

25-28 OCTOBRE. — *Béziers.* Congrès de la Société des médecins amis des Vins de France.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Asile Sainte Anne. Ouverture des conférences préparatoires à l'internat en médecine des asiles de la Seine. S'adresser à M. Tusques, salle de garde de l'asile clinique Saint Anne, 1, rue Cabanis.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions des 1er et 2e trimestres.

30 OCTOBRE. — *Milan.* Congrès de la Société de radio-neuro-chirurgie italienne.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour la 1re inscription.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (5e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai pour les candidat res à une place d'auditeur au Consel supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des bactériologistes).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société nationale de chirurgie. Dernier délai d'envoi des mémoires pour les prix de la Société de chirurgie (adresser les mémoires au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris-VIe).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société de radiologie. Dernier délai d'envoi de documents pour les candidatures aux prix (envois à faire à M. Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart).

3 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

5 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à 9 heures, à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

5 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Cours pour la préparation du diplôme de médecin colonial.

5 NOVEMBRE. — *Hanoï et Saïgon.* Concours pour les emplois de trois docteurs indochinois dans l'Administration de l'Indochine.

5 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce, 9 heures. Concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé d'électro-radiologie et de professeur agrégé de chirurgie.

5 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen, à l'hospice général, à 16 h. 30.

5 NOVEMBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

6 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Concours pour trois places de médecin adjoint de l'Assistance médicale à domicile au siège de l'administration, 63, rue du Loup.

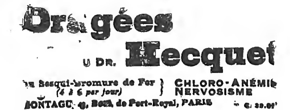
8 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

12 NOVEMBRE. — *Lyon.* Concours de médecin des hôpitaux de Lyon.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole centrale de puériculture. Réouverture des cours à 16 heures, 5, rue Las Cases.

15 NOVEMBRE. — *Brest.* Concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).



CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Iconographie de la Clinique Tarnier : La Césarienne basse, par le professeur BRINDEAU (*Librairie Tschann, 84, boulevard du Montparnasse, Paris*).

Dans ce petit volume, le professeur Brindeau étudie la technique opératoire de la césarienne basse.

Ce qui fait le grand mérite de ce livre, c'est que son auteur nous fait assister à l'intervention en faisant défiler, devant nous, un très grand nombre de splendides photographies qui montrent, avec une lumineuse clarté, les moindres détails de l'intervention. L'image a remplacé le texte et chaque document photographique est si expressif et si vivant qu'après la lecture de ce petit livre on a l'impression, pour ne pas dire la certitude, que l'on serait capable d'entreprendre et de mener à bonne fin cette opération sans rencontrer le moindre obstacle, le moindre imprévu.

C'est là le meilleur éloge que l'on puisse faire de ce livre et c'est ce qui fera son succès.

ANSELME SCHWARTZ.

La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie, par M. PIÉRY, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et B. LE BOURDELLÈS, professeur agrégé du Val-de-Grâce, 2e édition entièrement refondue, préface de Carlo Forlanini. Un volume in-8 de 350 pages, avec 59 figures dans le texte et 4 planches hors texte : 60 francs (*Gaston Doin et Cie, éditeurs, à Paris*).

Ce livre fait suite à la monographie consacrée au pneumothorax artificiel, publiée par les auteurs en 1913, et que le professeur Forlanini avait bien voulu présenter alors au public médical.

Depuis cette époque, le pneumothorax thérapeutique a fait l'objet d'innombrables travaux ; au pneumothorax sont venus s'adjoindre des procédés annexes aujourd'hui bien au point. Ainsi s'est constituée une méthode médicale, la collapsothérapie, dont les principes et les techniques sont actuellement parfaitement définis.

L'ouvrage, entièrement refondu, se présente donc maintenant comme un véritable précis de collapsothérapie. Ses divisions générales comportent : l'*historique*, le *mode d'action*, les *indications* de la collapsothérapie, les *techniques collapsothérapiques* (pneumothorax, *phrénicectomie*, *thoracoplastie*, pneumolyse extra et intrapleurale), les *accidents et complications* de ces diverses méthodes, les *formes cliniques du pneumothorax artificiel*, les *résultats* et l'*organisation* de la collapsothérapie.

Limitant volontairement l'étendue de leur travail, les auteurs se sont attachés à conserver à l'ouvrage le caractère essentiellement clinique et pratique de sa première édition. La lecture de ce *Manuel de la collapsothérapie* permettra à tous la mise en œuvre, opportune et aisée, de ses divers procédés, dans la lutte contre la tuberculose dont le pneumothorax combat si souvent victorieusement l'évolution.

Le secret professionnel médical, par Me DE MORO-GIAFFERI et le Dr P. CIBRIE. Préface de M. le professeur BALTHAZARD. 1934, 1 vol. in-8 de 94 pages (Collection Midy) (*Edition de la Proveinase Midy, à Paris*).

Tous nos compliments à M. Midy pour la belle présentation de cet ouvrage d'abord, et pour l'intérêt qu'il présente ensuite. La collaboration d'un juriste comme Me de Moro-Giafferi et d'un médecin si au courant des questions médicales tel que M. Cibrie, était particulièrement bien choisie.

Le secret médical est une question toujours à l'ordre du jour depuis le serment d'Hippocrate par lequel les médecins s'engageaient à ne rien révéler ; bien que de nos jours, dans bien des cas, les lois et les règlements tendent à faire du médecin un dénonciateur, le secret médical reste en vigueur et a heureusement d'ardents défenseurs. C'est d'abord le magistrat qui aurait souhaité obtenir du médecin des déclarations pouvant faciliter l'œuvre de la justice.

C'est l'administration qui, pour les accidents du travail, les assurances sociales, la lutte contre les maladies infectieuses, incite le médecin à faire des déclarations qui risqueraient de porter atteinte au secret médical.

C'est le fisc qui, tout récemment encore, voulait obtenir l'obligation pour le médecin de tenir des registres qui auraient pu porter atteinte au secret médical.

Dans cet ouvrage, Me de Moro-Giafferi et M. Cibrie, l'un en avocat et juriste, l'autre en médecin averti des questions syndicales médicales, arrivent aux mêmes conclusions : le secret professionnel est intangible au même degré pour le prêtre, l'avocat et le médecin.

Cependant le médecin doit respecter la loi et accepter les violations du secret médical qui lui sont imposées par la législation, soit dans l'intérêt de la santé publique, soit pour assurer la régularité de l'état civil. Tout en déclarant les maladies infectieuses, et en signalant les naissances, le médecin ne cache pas qu'il préférerait que le résultat cherché dans l'intérêt général fût obtenu par d'autres procédés, sans qu'il eût à violer le secret médical.

Toutefois certaines violations du secret n'ont pas de conséquences fâcheuses et s'imposent dans l'intérêt du malade, par exemple pour les accidents du travail.

En conclusion, le secret médical doit être gardé rigoureusement « *erga omnes* » en tout cas, même en justice, même pour la propre défense du médecin. Il devient cependant relatif en matière de déclarations légales et de certificats. Excellent livre qui sera un conseiller précieux pour rappeler au médecin la conduite à tenir quand il est embarrassé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICATS MÉDICAUX D'APTITUDE AU TRAVAIL

Par E.-H. PERREAU
Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

C'est une constatation déjà faite communément que le développement de nos lois sociales impose de plus en plus l'intervention du médecin dans la vie professionnelle de l'ouvrier. On a principalement insisté sur son rôle dans les soins de son art devenus nécessaires à l'ouvrier, soit à l'occasion de son travail (accidents du travail et maladies professionnelles), soit sans aucune relation avec lui (mutualités, assurances sociales).

Ici nous voudrions envisager la question toute différente des examens et certificats exigés par la loi dans des cas toujours plus nombreux. On a parlé souvent de ceux qui constatent les blessures, infirmités ou maladies en vertu des dispositions des lois sur les accidents du travail, les maladies professionnelles ou les assurances sociales ; aussi ne nous semble-t-il pas indispensable d'y revenir présentement. Mais on paraît en revanche avoir beaucoup oublié les examens et certificats médicaux d'aptitude professionnelle qu'imposent, dans des cas nombreux, les lois et règlements. Il est deux principaux groupes d'hypothèses, concernant les unes les apprentis et jeunes ouvriers, les autres les ouvriers même adultes.

I. — Certificats des apprentis et jeunes ouvriers.

1° Nul ne peut être admis, fût-ce comme apprenti, dans les établissements industriels ou commerciaux avant l'âge de treize ans révolus (art 2, livr. II, C. trad., mod. par loi 30 juin 1928).

Toutefois les enfants y peuvent être employés dès l'âge de douze ans s'ils possèdent : 1° leur certificat d'études primaires conformément à la loi du 28 mars 1882 ; 2° un certificat médical d'aptitude physique à leur emploi (*id.*, art 3) ; certificat d'ailleurs délivré gratuitement. L'importance de ce certificat médical est considérable. Il ne peut être utilement délivré que par un spécialiste, connaissant les efforts qui s'imposent aux jeunes enfants dans les divers emplois qu'on leur confie, dans les différents établissements industriels ou commerciaux. Non seulement il fallait éviter des certificats de complaisance, parfois sollicités par les familles en vue d'un gain, soit des certificats délivrés de la meilleure foi du monde par des médecins peu compétents en la matière.

Aussi la loi exige-t-elle que ce certificat provienne de l'un des médecins chargés de la surveillance des enfants du premier âge, ou d'un des médecins inspecteurs des écoles, ou d'un autre médecin chargé d'un service public (médecins des hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, bureaux de bienfaisance, etc.) désigné par le préfet. Dans la pratique, on le désigne sous le nom de « médecin assermenté » (*ibid.*, art 3, § 2).

Cependant la loi ne pouvait abandonner, sans contrôle ni secours, à ce représentant de l'autorité les intérêts de l'enfant et de sa famille. Aussi donne-t-elle à celle-ci le droit de réclamer que l'examen préalable à la rédaction du certificat soit contradictoire. En ce cas cette expertise est faite simultanément par le médecin de l'administration et celui que désigne la famille, sans être tenue de le choisir parmi les médecins assermentés, ni même les médecins inscrits sur la liste d'experts judiciaires du ressort, la compétence exclusive de ces derniers ne concernant que les affaires criminelles.

Que décider au cas de désaccord entre ces deux médecins ? L'article 3, § 2, livre II Code du travail reproduisant l'article 2, § 3 de la loi du 2 novembre 1892, on peut s'éclairer des indications données aux Chambres, pendant la discussion de cette loi. A la séance du Sénat du 10 juillet 1891, M. Bozérian ayant demandé qui trancherait le désaccord, le rapporteur lui répondit : « On nommera un arbitre » (Sénat, séance 10 juillet, 1891 ; *Journal officiel*, 11 juil., Déb. parl., Sénat, p. 597).

Généralement on s'accorde à décider, par analogie de l'article 1017, Code de procédure civile, que cet arbitre sera désigné d'un commun accord par les deux experts; faute d'entente pour cette désignation, elle émanera du préfet.

2° Une seconde garantie du même genre est accordée aux apprentis et jeunes ouvriers par l'article 4, livre II, Code du travail. Les inspecteurs du travail peuvent toujours prescrire l'examen médical de tout enfant au-dessous de seize ans, pour savoir s'il possède les forces nécessaires à l'emploi dont il est pourvu. Même contradictoire, cet examen est gratuit.

Cet examen se fait dans les mêmes conditions que plus haut. Si les experts concluent à l'inaptitude de l'enfant, l'inspecteur peut exiger son renvoi de l'usine. Pratiquement, il se borne la plupart du temps à faire pourvoir l'enfant d'un autre emploi conforme à ses forces.

3° Les chefs d'entreprise, directeurs ou gérants qui emploieraient les enfants de moins de treize ans sans certificat médical d'aptitude ou maintiendraient un enfant de moins de seize ans dans son emploi nonobstant les conclusions contraires du médecin-expert, encourent une amende de 5 à 15 francs la première fois, de 16 à 100 francs au

cas de récidive dans l'année (art. 159 et 161, liv. II, C. trav.). Le jugement peut, en cas de récidive, être affiché et publié dans un ou plusieurs journaux du département, si le tribunal correctionnel l'ordonne (art. 163, *ibid.*).

Aucune peine n'est encourue quand elle provient d'erreur du patron sur l'âge, par production d'actes de naissance, livrets ou certificats contenant des énonciations fausses ou relatives à d'autres personnes que l'enfant intéressé (art. 164).

II. — Examens et certificats relatifs aux salariés adultes.

1° A leur égard n'existe aucune disposition générale comme les précédentes, pour ordonner leur examen médical avant l'entrée dans n'importe quel commerce ou industrie, ou après leur entrée pour déterminer si leurs forces correspondent à leur emploi. Mais une série de règlements rendus conformément à l'article 67, livre II, Code du travail, relatifs à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs, ordonnent l'examen médical des ouvriers adultes, dans des industries spéciales, pour déterminer s'ils ont des prédispositions aux maladies auxquelles exposent ces industries, ou s'ils sont atteints de maladies transmissibles aux autres ouvriers dans les conditions où s'effectue leur tâche. Nous citerons seulement les principaux exemples.

Aucun ouvrier ne doit être admis dans les travaux du plomb désignés à l'article 1er du premier décret du 1er octobre 1913, s'il n'est muni d'un certificat médical constatant qu'il ne présente aucun symptôme d'affection saturnine, ou de maladie susceptible d'aggravation dangereuse par le saturnisme (même décret, art. 15).

Nul ne peut être admis dans les couperies de poils sans un certificat constatant qu'il ne présente pas de symptôme d'hydrargyrisme grave (3e décret du 1er oct. 1913, art. 11).

Nul n'est admis dans les chantiers de travaux à l'air comprimé sans un certificat constatant qu'il n'est pas impropre à ce genre de travaux (11e décret du 1er oct. 1913, art. 2, § 2).

Dans les verreries, les ouvriers ne sont admis à souffler le verre avec une canne commune, que moyennant certificat médical attestant qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse, à une période où cette maladie est transmissible par la canne (8e décret du 1er oct. 1913, art. 2, § 2).

Ces examens et certificats doivent être, dans les industries ci-dessus, renouvelés à des intervalles variables : pour les affections saturnines ou hydrargyriques, chaque trimestre ; dans les verreries, chaque quinzaine ; dans les travaux à air comprimé, chaque mois.

Le médecin chargé de la délivrance des certificats est désigné et rétribué par le patron. Celui-ci est tenu d'afficher d'une manière apparente, dans l'atelier ou chantier, le nom et l'adresse dudit médecin.

Un registre spécial, tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, renferme les observations du médecin et parfois (travaux à air comprimé par exemple) les indispositions même légères de tout ouvrier provenant de sa tâche.

2° Parfois les règlements vont plus loin, en imposant l'examen immédiat, par un médecin attaché à l'établissement, de tout ouvrier présentant des symptômes, même légers, de maladie relative à son travail.

Dans les établissements où sont manipulés des peaux, poils, crins, laines, cornes, os ou autres dépouilles d'animaux susceptibles d'être atteints d'infection charbonneuse, dès que les chefs, directeurs ou gérants savent un ouvrier atteint de boutons, coupures, écorchures ou gerçures non cicatrisées après trois jours de pansement à l'usine, ils doivent le faire immédiatement examiner par le médecin de l'entreprise (5e décret du 1er oct. 1913, art. 2, § 2).

En dehors des visites périodiques, les chefs d'entreprises où l'on travaille le plomb doivent faire immédiatement examiner, par le médecin de l'établissement, tout ouvrier se déclarant indisposé par les travaux de son emploi ou manifestant simplement le désir d'être examiné (1er décret du 1er oct. 1913, art. 16, § 2).

Dans les chantiers où l'on travaille à l'air comprimé, le patron doit immédiatement faire examiner, par le médecin de l'entreprise, tout ouvrier déclarant souffrir du nez, de la gorge ou des oreilles, ou qui simplement exprime le désir d'être examiné (11e décret du 1er oct. 1913, art. 2, § 4)



C'EST UN PRODUIT **THÉRAPLIX**, 98, RUE DE SÈVRES PARIS

Toutes anémies et insuffisances hépatiques

HÉPATROL

Extrait de foie de veau frais

MÉTHODE DE WHIPPLE

Adultes et Enfants

sans contre-indications

Deux formes :

AMPOULES BUVABLES

AMPOULES INJECTABLES

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND

4, rue Platon 4

PARIS (XVe)


BAUME BENGUE
Guérison radicale de
GOUTTE
RHUMATISMES
NEVRALGIES
Dr BENGUÉ, 16, Rue Ballu, PARIS.
Chloréthyle Bengué
ANESTHÉSIE LOCALE - NÉVRALGIES
Nouveau tube, fermeture à clapet, pour ouvrir et fermer instantanément.
Recommandé à MM. les Médecins et Dentistes.
Dr BENGUÉ, Pharmacien, 16, Rue Ballu, Paris.

VARIÉTÉS

L'ÉNIGME DU "TUCO DE LAHAS"

Folklore médical en Gascogne

... Il était une fois, en pleine province de Gascogne, près d'un vieux moulin dont le vent ne faisait plus tourner les ailes absentes, une dalle et deux colonnettes. La légende — qui est l'histoire, la seule véridique histoire de nos provinces — nous assure qu'il y a longtemps de cela, bien longtemps, le propriétaire voulut se débarrasser de ces vestiges que les uns disaient entachés de maléfices et que d'autres considéraient comme sacrés. Comme il en arrive en pareil cas, les deux théories avaient leurs partisans convaincus... Mais charbonnier est maître chez lui... On attela deux paires de grands bœufs roux à la dalle respectée à titres divers : malgré l'aiguillon, malgré les injonctions et les invocations aux mille dieux de tous les ciels, c'est à peine s'il fut possible de démarrer. Vaincu par la puissance du sortilège, celui qui avait osé se rendre coupable d'un pareil forfait décida de remettre en place ce monument. Et comme le déplacement avait été de quelque vingt à trente mètres, devant l'impassibilité des bœufs furent deux vaches attelées et celles-ci, sans l'ombre d'un commandement, volèrent (si l'on peut ainsi dire de ces pesants animaux) plutôt qu'elles ne coururent, remettre en place la malencontreuse pierre. Bien leur en prit, car l'orage commençait à gronder, les nuages prometteurs de grêle destructrice des récoltes s'amoncelaient, mais, ô miracle ! pour faire place à un soleil resplendissant....

Et ceci me fut affirmé par un paysan âgé de quatre-vingts ans et plus, le 11 juin 1933, au *Tuco de Lahas*, près de Gimont-en-Gascogne.

« *Tel que vous me voyez,* ajouta-t-il (deux yeux en vrille éclairaient étonnamment sa face brûlée de soleil et tannée de tous les vents d'autan), *j'ai été guéri d'un écoulement des paupières que ni le médecin ni le sorcier* (et le paysan baissa la voix pour me dire : « tenez, il habite là-bas au fond de la combe »)... *n'avaient pu soulager ; je me suis baigné les yeux dans l'eau qui ne tarit jamais et que le haut de la colonne, taillé en cuvette, contient toujours.* »

Notre excellent confrère, le Dr Trémolières, confirma le fait sans autre explication. Nous nagions dans le mystère.

L'énigme du Tuco de Lahas devenait prodigieusement intéressante...

Or, ce matin-là, sous la conduite du Dr Trémolières, historien folkloriste, chartiste, anthropologiste, numismate et grand voyageur à travers le monde, M. le professeur Lécrivain, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse ; M. Galabert, président de la même société ; M. le Dr Baudet, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse, et son collègue le professeur agrégé Clermont ; M. l'abbé Joseph Salvat, majoral du félibrige et mainteneur des Jeux floraux ; M. le professeur Bardier, de la Faculté de médecine, membre correspondant national de l'Académie, directeur de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse... allaient essayer de percer l'énigme.

Ces éminentes personnalités avaient bien voulu inviter, comme membre de la Société française d'histoire de la médecine, le secrétaire adjoint de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français.

Conviés à déjeuner par Mme et M. le Dr Trémolières, sous un hangar rustique, le couvert se trouva mis. Je vous laisse à penser ce qu'est la bonne chère en Gascogne. On a beau faire du folklore, on n'en est pas moins disciple de Brillat-Savarin... La *Physiologie du goût* se trouve dans toutes les bibliothèques des médecins qui se piquent d'en pratiquer les bonnes pages.

Déjà, la foule arrive de toute part.

De toutes les fermes, de tous les châteaux, de tous les villages, cantons, bourgs, sous-préfectures, le peuple en foule assaille les pentes douces qui montent au moulin du Tuco de Lahas.

Une dalle, deux colonnettes !

Cela, semble-t-il, est bien peu. Gardez-vous de juger. Le Dr Trémolières va créer l'atmosphère qui nous aidera à comprendre : « Une voie romaine, fortement accusée, se trouve non loin du lieu où nous sommes réunis. Là, dit-il, sont passés sur un étroit sentier d'abord, sur une piste plus élargie ensuite, les coursiers des Aquitains et des Césars, des chars de guerre et des chariots de corvée, de hauts dignitaires, de grands officiers, des soldats, des barbares de tout crin, mercenaires, esclaves, prisonniers de tous pays, routiers et batteurs d'estrade, gens de sac et de corde, corsetés de fer ou de cuir, empanachés, dorés ou dépenaillés... Bêtes à grandes et petites cornes, à pieds ronds ou fourchus, allaient à la montagne ou en revenaient. Des centaines d'oies, à la semelle ferrée de bitume et de sable, gorgées de figues sèches, claudiquaient, de marchés en marchés, jusqu'à Rome. Hommes de gabelle, moines, clercs, artisans, romieux, émigrants, montaient et descendaient les côtes, cherchant, aux carrefours, la montjoie, la mariole, le petit oratoire rural, indiquant la bonne route. Notre-Dame de la Sède, à Lahas, rappelle une de ces « escales-Dieu ou chaises-Dieu... » Sous cette dalle, flanquée de ces colonnettes, que se cache-t-il ? Est-ce tom-

VARIÉTÉS *(Suite)*

beau, temple ou monument dont la signification s'est perdue à travers les siècles qui, vingt fois, se sont succédé autour de ces pierres ? Nous le saurons tout à l'heure...

Et voici que plus de mille personnes se pressent, s'avancent, se heurtent. Les arbres avoisinants offrent l'aspect de grappes humaines. Les rires fusent ; les appels joyeux se font entendre. De jolies filles, un brin lutinées, répriment un cri et le soleil de se jouer à travers le chaume vieilli de la toiture du moulin impassible, au moment où le professeur Lécrivain prend la parole. La science de l'illustre maître est un sûr garant de l'éclectisme dont il va faire preuve ; mais s'il pose un point d'interrogation, c'est pour assurer l'auditoire que celui-ci sera bientôt remplacé par le point final que saura bientôt apporter le Dr Trémolières.

***

La foule devient de plus en plus impatiente de savoir ce que la dalle recouvre. On apprend que, le matin même, un jeteur de sort a prononcé des paroles magiques... Une curiosité inquiète est, certainement, pour beaucoup dans l'empressement que la foule a mis à se rendre au Tuco de Lahas. Qu'allait-il en advenir ? trésor caché ? squelette au nom inconnu ? inscriptions romaines ou gallo-romaines ?...

***

Or, à quelques centaines de mètres de là, le Dr Trémolières [au lieu dit « En Blanquet »] a identifié une pierre, trouée de cinq trous. Notre savant ami en a présenté un mémoire, très remarqué, à l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse. Nous résumons sommairement ce mémoire : il s'agirait, à n'en pas douter, de la voûte d'un hypocauste, semblable à celui qui a été mis à jour par M. Sapène, à Saint-Bertrand de Comminges, semblable également à celui dont la tradition de Luchon nous a conservé le souvenir. Cette pierre forée laissait passer les vapeurs curatrices : leur valeur était si ancrée dans l'esprit des anciens de la région, qu'il n'est pas si longtemps encore, que l'on venait s'étendre sur la pierre trouée pour recevoir les émanations (depuis longtemps taries), les émanations qui guérissaient, comme de nos jours au vaporarium, les séquelles chroniques du rhumatisme.

Ayant tout récemment appris de M. Pierre de Gorsse, conservateur du musée gallo-romain de Luchon, que José-Maria de Hérédia avait séjourné dans le Gers et que ses sonnets épigraphiques gallo-romains avaient été inspirés par les cippes et ex-voto de Luchon, nous n'eûmes pas de peine à paraphraser les vers fameux :

Jadis l'Ibère noir et le Gal, au poil fauve,
Et le Garumne brun, peint d'ocre et de carmin,
Sur le marbre votif, entaillé par leurs mains,
Ont dit l'eau bienfaisante et sa vertu qui sauve.

Puis les impérators, sous le Vénasque chauve,
Bâtirent la piscine et le therme romain,
Et Fabia Festa, par ce même chemin,
A cueilli pour les Dieux la verveine et la mauve.

Aujourd'hui, comme aux jours d'Iscitt et d'Illixon,
Les sources m'ont chanté leurs divines chansons ;
Le soufre fume encore à l'air pur des Moraines.

C'est pourquoi, dans ces vers, accomplissant mes vœux,
Tel autrefois Hunnu, fils d'Hulohox, je veux
Dresser l'autel barbare aux nymphes souterraines...

***

Et la grande voix occitanne de l'abbé Salvat se fit entendre. Les échos d'alentour retentirent et renvoyèrent les sonorités de cette langue dont on ne peut avoir aucune idée si l'on ne l'entend parler — non par un professeur en chaire, mais par un homme qui la possède presque dans toutes ses nuances et dans le cadre qui, seul, lui convient : le sien.

Ce Pierre l'Ermite d'une nouvelle croisade, que les Académies ont admis dans leur sein; cet homme dont la foi religieuse se double de la foi dans l'éternité de la race, jaillie de sa terre occitanne, cet homme est bien du xxe siècle. Mais il évoque la pérennité de ce qui dure. Qu'importe ce qui se trouvera sous la dalle ? « Vous êtes ici pour affirmer, à la face du ciel, que l'on ne vous dépossédera jamais de votre patrimoine, patrimoine que vos pères ont fécondé, où ils ont vécu, où ils ont travaillé, où ils ont souffert, où ils sont morts pour que vive leur descendance. »

L'enthousiasme soulevé par les accents de l'abbé Salvat est irrésistible. Le peuple entier, debout depuis déjà deux heures, face au soleil qui darde des rayons certainement de circonstance, ne se lasse pas d'écouter.

Et voici que le professeur Bardier va faire la synthèse de la journée : il salue et remercie les organisateurs d'une fête incomparable, incomparable parce que le but poursuivi se rattache aux plus profondes de nos racines ancestrales ; parce que, dans cette Gascogne, où règnent encore les pratiques de sorcellerie, il était bon que de hauts et puissants seigneurs de la science aient pu venir dire qu'il fallait les abandonner. M. Bardier évoque

Ste des Eaux minérales de DECIZE (Nièvre)

SAINT ARÉ

EAU SULFATÉE SODIQUE
à 6‰ DU TYPE CARLSBAD
MARIENBAD

3 INDICATIONS PRINCIPALES

Insuffisance hépatique
Dyspepsie biliaire
Stase du colon droit

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS : 40 Bd PORT-ROYAL . PARIS

Le Pansement de marche

ULCÉOPLAQUE-
ULCÉOBANDE

du Docteur MAURY



CICATRISE rapidement

les **PLAIES ATONES**
et les **ULCÈRES VARIQUEUX**

même très anciens et tropho-névrotiques

sans interrompre ni le travail ni la marche

CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES

Dans chaque Boite : 6 pansements **Ulcéoplaques** pour 24 jours.

Deux dimensions :	*Formuler :*
Ulcéoplaques n° 1 : 5 cm./6 cm. Ulcéoplaques n° 2 : 7 cm./9 cm	1 boite Ulcéoplaques (n° 1 ou n° 2) 1 Ulcéobande.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ . 76, rue des Rondeaux . PARIS-XXe

VARIÉTÉS *(Suite)*

les scènes du Sabbat que l'on dit se tenir, certains soirs d'orage, parmi les ruines du moulin du Tuco de Lahas, la dalle servant, peut-être, d'autel aux pratiques sacrilèges... Je ne suis pas bien assuré que M. le professeur Bardier ait convaincu de leur non-existence tous ceux qui se pressaient autour de lui. L'intérêt de son discours fut très grand... Et pour l'historien de l'histoire de la médecine, que de documents vécus il a rassemblés ce jour-là !

***

... L'heure avance : la dalle ni les colonnes n'ont encore dévoilé leur secret.

De solides gars, armés de pieux, sont arrivés. On gêne leur travail. Le Dr Trémolières a toutes les peines du monde à faire agrandir le cercle. Enfin, la glaise cède. Le monument est relevé. Des légions de fourmis rouges, troublées dans leur repaire, s'enfuient, mais de-ci, de-là, en bataille rangée, et grimpent le long des mollets qui ne s'attendaient pas à une attaque brusquée de cet ordre... et les mollets, à leur tour, de fuir heureusement, car le professeur Lécrivain ne pouvait avancer. L'éminent maître cherche, cherche, mais en vain, toute trace d'inscription.

Au pied du moulin du Tuco de Lahas, près Gimont-en-Gascogne, il n'a été rien trouvé sous la dalle de marbre blanc que semblent garder, pour toujours, deux colonnettes millénaires.

***

A quelques jours de là, mon éminent ami, le Dr Trémolières, m'écrivit les lignes suivantes que je transcris fidèlement :

« Il s'agit bien d'un tombeau plusieurs fois remanié. Les « Roou », en remettant les colonnettes en place, ont recueilli trois fragments de voûte cranienne ; l'un montre une partie de la scissure pariéto-occipitale d'un vieillard : ossification très complète, très épaisse, presque pétrifiée. L'on parle de poursuivre les fouilles, car il y a aussi un tumulus et une ancienne villa gallo-romaine, à proximité.

« M. Lécrivain confierait ses fouilles à M. Lamasson, second prix de Rome en gravure et en sculpture, ancien professeur des écoles de dessin de la Ville de Paris, homme très qualifié pour ces investigations méthodiques. On clôturerait le tout, pour mettre ces témoins sacrés par l'orientation, consacrés par la tradition, à l'abri des Vandales qui ont, déjà, commencé leur œuvre, en morcelant les colonnettes, d'un très beau marbre de Saint-Béat, pour en emporter les miettes chez eux et les utiliser, dévotement dans un but thérapeutique (affections oculaires). Nous étions venus pour détruire une superstition, nous l'avons confirmée : *in sæcula sæculorum.* »

L'énigme du Tuco de Lahas, pour nous, reste entière : et cela est bien mieux ainsi; ne souhaitons pas qu'un jour, archéologues, historiens, folkloristes, médecins puissent se mettre d'accord... au reste cela me paraîtrait trop difficile !...

Dr MOLINÉRY.

RÈGLEMENT DU CENTRE DE TRANSFUSION DU SANG D'URGENCE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (1)

La Commission administrative.

Vu le rapport de M. le Dr JEANBRAU, professeur à la Faculté de médecine, en date du 24 novembre 1933 ;

Vu les renseignements recueillis auprès de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, de l'Œuvre de la transfusion sanguine d'urgence de Paris, des hôpitaux de Lyon et de divers hôpitaux possédant des services de transfusion du sang ;

Vu l'avis très favorable donné par le corps médical hospitalier ;

Délibère :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un *Centre de transfusion du sang d'urgence* placé sous l'autorité de la Commission administrative, assistée d'un Comité technique composé de :

1 chirurgien-chef, directeur du Centre : M. le professeur JEANBRAU ;

1 médecin-chef chargé du recrutement et de l'examen des donneurs : M. le professeur MARGAROT ;

1 médecin-adjoint chargé des groupements sanguins : M. le Dr Eugène TRUC.

But du centre.

ART. 2. — Ce centre a pour but :

1° De recruter des donneurs de sang de bonne volonté, indemnes de maladies transmissibles, appartenant au groupe 4, qui est celui des donneurs universels.

2° D'assurer un service de garde où l'on trouvera en permanence, en même temps que les adresses des donneurs, l'outillage nécessaire à la transfusion et un praticien entraîné à la pratiquer (docteur ou interne des hôpitaux).

Recrutement des donneurs.

ART. 3. — Les donneurs sont recrutés dans le personnel des hôpitaux et dans la population à laquelle il sera fait appel par la presse locale.

(1) Adopté par la Commission administrative des hôpitaux de Montpellier, au cours de sa séance du 25 novembre 1933.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Les chefs de service conserveront toute latitude pour utiliser des donneurs bénévoles parmi les parents des malades ou parmi les convalescents.

En principe, pour les malades en traitement dans les hôpitaux, il sera fait appel à des donneurs faisant partie du personnel hospitalier ou aux membres de la famille du malade.

Quand un médecin de la ville ou de la région s'adressera au Centre de transfusion, il sera fait appel de préférence à des donneurs ne faisant pas partie du personnel hospitalier.

Examen préalable et constitution d'une liste de donneurs.

ART. 4. — Les personnes qui désireront être inscrites sur la liste des donneurs du Centre de Montpellier devront se soumettre aux obligations suivantes :

1° Une enquête sera faite sur leur moralité.

2° Si cette enquête est favorable, les candidats seront convoqués devant le directeur du Centre, qui les examinera tout d'abord au double point de vue de leur groupe sanguin et de l'état de leur système veineux. Ne seront retenues que les personnes appartenant au groupe 4, c'est-à-dire au groupe des donneurs universels qui peuvent donner leur sang à n'importe quel sujet, sans lui faire courir les risques de l'incompatibilité sanguine.

3° Les personnes ainsi sélectionnées seront soumises à un examen médical, complété par une réaction de Bordet-Wassermann, une réaction de Bordet-Besredka et une intradermo-réaction à la tuberculine.

Ne seront admises que les personnes absolument saines qui ne peuvent transmettre de maladies et chez qui des saignées répétées ne peuvent être préjudiciables.

4° Tous les six mois, les donneurs seront convoqués par le chirurgien-chef, directeur du Centre de transfusion, afin qu'il soit procédé à un nouvel examen clinique et à de nouvelles réactions sérologiques.

Le médecin-chef, directeur du Centre de transfusion, établira un dossier pour chaque donneur et notera, au fur et à mesure, tout ce qui lui sera signalé concernant le donneur : date et résultats des examens, date des transfusions avec la quantité de sang donnée chaque fois, incidents au cours de la transfusion, etc.

Pièces d'identité des donneurs.

ART. 5. — Les donneurs recevront une carte d'identité, portant leur photographie authentifiée par la signature du recteur du Centre et d'un administrateur des hospices.

Cette carte portera la date et les résultats des réactions sérologiques et de l'intradermo-réaction à la tuberculine, ainsi que le groupe sanguin auquel appartient le donneur. Le médecin transfuseur inscrira sur cette carte les dates des prélèvements de sang et la quantité de sang prélevée pour chaque transfusion effectuée.

Sauvegarde des donneurs.

ART. 6. — On ne devra pas prélever de sang à un même donneur à des intervalles inférieurs à deux mois.

En cas de fatigue, d'indisposition, de fièvre, de maladie d'un donneur, on ne devra pas lui prélever de sang avant qu'il ne soit complètement rétabli.

Il ne devra jamais être prélevé plus de 500 grammes de sang à la fois à un même donneur.

Pour une quantité de sang plus grande, il faudra donc faire appel à un second donneur.

Pour ne pas décourager les donneurs, on devra les prendre à tour de rôle.

Rémunération des donneurs.

ART. 7. — En clientèle de ville, le donneur sera rémunéré par la famille et il appartiendra au médecin qui a sollicité un donneur de le faire honorer d'après le tarif ci-après :

150 francs pour 100 grammes ou moins de sang donné ;
200 francs pour 100 à 200 grammes de sang donné ;
250 francs pour 200 à 300 — —
300 francs pour 300 à 400 — —
350 francs pour 400 à 500 — —

En aucun cas, la Commission administrative ne sera tenue d'indemniser le donneur.

Dans les hôpitaux, les donneurs seront indemnisés par l'Administration des hospices sur les bases suivantes :

100 francs pour 100 grammes au moins de sang donné ;
125 francs pour 100 à 200 grammes de sang donné ;
150 francs pour 200 à 300 — —
175 francs pour 300 à 400 — —
200 francs pour 400 à 500 — —

Indemnité de dérangement.

ART. 8. — Lorsqu'un donneur a été convoqué et que la transfusion n'est pas effectuée, il recevra une indemnité de dérangement de 30 francs, s'il a été appelé entre 7 heures du matin et 20 heures ; de 50 francs, s'il a été appelé entre 20 heures et 7 heures du matin. Cette indemnité ne sera pas due si le donneur est un employé des hôpitaux appelé pendant ses heures de service.

Contrôle du groupe des donneurs.

ART. 9. — Les personnes acceptées, reconnues en état de parfaite santé, dont les séro-réactions seront négatives, seront convoquées par le chef du Centre de transfusion, qui déterminera à nouveau le groupe sanguin auquel elles appartiennent avant de leur délivrer leur carte de donneur.

Toutes les précautions seront prises pour que le groupement soit à l'abri d'erreurs. Pour cela, le groupement sera répété à quelques jours d'intervalle avec des sérums-étalons récents, mais de provenance différente.

Fonctionnement du Centre de transfusion d'urgence.

ART. 10. — 1° Dans les services des hôpitaux de Montpellier, les transfusions seront effectuées par les chefs de service ou par les chefs de clinique et les internes selon les techniques préférées par les chefs de service.

En cas de nécessité, les services pourront faire appel au Centre de transfusion pour se procurer soit des sérums-

VARIÉTÉS *(Suite)*

étalons, soit un praticien transfuseur avec l'appareillage nécessaire.

2° Pour la clientèle de la ville et de la région, le Centre de transfusion d'urgence, sur appel du médecin traitant, enverra un praticien transfuseur, convoquera un donneur ou fournira par téléphone l'adresse de plusieurs donneurs que l'on enverra chercher.

Tout appel pour la clientèle en dehors de l'hôpital ouvrira un droit fixe pour le Centre d'une indemnité de 200 francs. Cette indemnité, qui sera payée par le malade ou la famille de celui-ci, servira à rétribuer le personnel du Centre et à couvrir les frais exposés.

En outre, il sera payé au donneur, par le malade ou la famille, l'indemnité telle qu'elle est fixée à l'article 7.

Les honoraires du médecin transfuseur, s'il a été fait appel à lui, seront réglés également par le malade ou la famille.

Les transfusions faites en dehors des hôpitaux ne sauraient, en aucun cas, engager la responsabilité des hospices de Montpellier.

Affichage de la liste des donneurs.

ART. 11. — La liste des donneurs avec les adresses complètes, tenue à jour, sera affichée : dans l'antichambre des services administratifs des hôpitaux ; chez les concierges des divers établissements hospitaliers ; dans les standards téléphoniques ; dans les services de chirurgie, d'obstétrique, de gynécologie, d'urologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Les membres de la Commission administrative.

DURAND.

LA MÉDECINE AU PALAIS

EXERCICE ILLÉGAL, ESCROQUERIE ET COMPLICITÉ

Un médecin, le Dr Prieur, était propriétaire à Paris d'une série de cliniques qui fonctionnaient sous son nom. Il ne pouvait en assurer le service personnellement et il avait pris l'habitude de se faire suppléer par des infirmiers dépourvus de tout diplôme, qui pansaient les malades et les soignaient à leur guise.

Comme il s'agissait de cliniques spéciales pour les accidents du travail, les infirmiers avaient non seulement à examiner les blessés, mais à évaluer la durée et l'importance des incapacités professionnelles, et ils remplissaient quotidiennement des certificats qui étaient signés par avance par le Dr Prieur.

Il était évident que ce mode d'exploitation des cliniques constituait le délit d'exercice illégal de la médecine de la part des infirmiers et que le

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

docteur en médecine qui était leur commettant, et qui avait volontairement fourni des moyens de commettre le délit, se rendait coupable de complicité du même délit.

En même temps, pour donner les soins nécessaires aux blessés, le médecin achetait en gros des produits pharmaceutiques, sous le nom d'une personne pourvue du diplôme de pharmacien ; ce pharmacien n'intervenait jamais dans la préparation des produits, et ce sont les infirmiers qui détaillaient les produits pharmaceutiques pour pouvoir les appliquer à chaque cas. Ce fait constituait évidemment un débit au poids médicinal, et par conséquent l'exercice illégal de la pharmacie.

C'est ce que la Cour de Paris a jugé.

Mais le Dr Prieur faisait mieux et, non content d'exercer la médecine et la pharmacie, il commettait de véritables escroqueries qui ont abouti à une condamnation en deux ans de prison et 2 000 francs d'amende, avec interdiction d'exercer la médecine pendant dix ans.

Les manœuvres frauduleuses qui justifient la condamnation pour escroquerie semblent bien constituer des éléments suffisants pour que l'existence du délit soit certaine.

Tout d'abord, le Dr Prieur réclamait des honoraires en son propre nom pour des soins qu'il n'avait pas donnés ; pour des examens et des pansements qui, en réalité, n'avaient été effectués que par des infirmiers d'occasion.

De plus, il présentait des certificats qui étaient établis entièrement par ses infirmiers sur des feuilles signées d'avance par lui.

Ce médecin s'adressait aux Compagnies d'assurances qui garantissaient les chefs d'entreprises des risques de la loi de 1898 et qui, à ce titre, devaient payer les frais médicaux et pharmaceutiques ; et à l'appui de ces réclamations de frais il produisait des mémoires, des factures de pharmaciens revêtues de faux en-têtes qui étaient établies par une employée et qui comportaient des exagérations constantes.

D'ailleurs, les sommes que réclamait ainsi aux Compagnies d'assurances le Dr Prieur ne correspondaient ni au prix des produits fournis, ni à des pansements réellement effectués, mais dans chaque cas les frais pharmaceutiques étaient calculés d'après la durée de l'incapacité de travail de l'ouvrier et l'importance de son salaire.

Or, comme ce médecin ne faisait aucune difficulté pour recevoir et soigner les nombreux

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

simulateurs qui connaissaient sa réputation, et comme il prolongeait volontiers la durée des incapacités au delà des périodes justifiant l'impossibilité de travailler, il se trouvait ainsi réclamer des honoraires non pas proportionnels aux soins donnés, puisque tantôt il n'y en avait pas, tantôt il n'y en avait plus, mais proportionnels à la durée de l'incapacité telle qu'elle résultait non pas de la blessure, mais de sa propre fantaisie.

C'est ainsi qu'à maintes reprises, le Dr Prieur était parvenu à escroquer aux Compagnies d'assurances des sommes que rien ne justifiait.

L'arrêt rendu par la Cour de Paris, le 23 mai 1931, est ainsi libellé (Dalloz, 1932-2-1932).

« La Cour, — Statuant sur l'appel formé par Prieur, S., G. D. et D. d'un jugement de la 10e Chambre correctionnelle du tribunal de la Seine, en date du 5 juin 1929 ; — Considérant que l'un des appelants, S., est décédé en cours d'instance ; qu'il y a donc lieu de déclarer l'action publique éteinte en ce qui le concerne ;

« Sur l'appel de Prieur et tout d'abord sur le moyen de nullité opposé par cet inculpé à la poursuite ; — Considérant que ce moyen est fondé ; qu'il résulte, en effet, des documents versés aux débats que Me Pinganaud, conseil de Prieur, n'a pas pu avoir, la veille de l'interrogatoire subi par son client le 22 mars 1929, communication du rapport du Dr Balthazard, rapport signé le 20, déposé le 21, alors que la lettre recommandée qui l'invitait à assister à l'interrogatoire, datée du 21, ne lui est parvenue que dans la journée du 22 ; qu'il avait bien été convoqué à assister au même interrogatoire par lettre recommandée du 16 mars précédent, mais que la procédure mise à sa disposition, en vertu de cette convocation, ne pouvait pas comprendre ni viser un document qui n'y figurait pas encore ; qu'il y a donc lieu de déclarer l'interrogatoire du 22 mars 1929 et la procédure qui a suivi nuls et de nul effet, en vertu de l'article 12 de la loi du 8 décembre 1897, mais non le rapport du Dr Balthazard, qui, déposé la veille, n'est pas atteint par cette nullité ; — Considérant qu'en prononçant cette nullité, demandée pour la première fois devant elle, la Cour doit, aux termes de l'article 215 Code instruction criminelle, évoquer l'affaire, sauf à ordonner, si elle le juge nécessaire, un supplément d'information par un de ses membres ; que cette mesure ne paraît ni utile, ni nécessaire, la Cour trouvant des éléments de décision, non seulement dans le rapport du Dr Balthazard et les docu-

(Suite à la page X.)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

ments de la cause autres que les actes d'instruction postérieurs à l'interrogatoire annulé, mais dans les déclarations mêmes de l'inculpé ; qu'en effet, celui-ci n'a pas contesté la matérialité des faits qui lui sont reprochés, faits dont la preuve est par suite acquise aux débats ; qu'il s'est borné à soutenir que ces faits ne tombaient pas sous le coup de la loi pénale et constituaient dans leur ensemble ce qu'il a appelé la « médecine commerciale » ; — Considérant qu'en produisant cette affirmation au seuil de sa défense, Prieur tombe d'accord sur le fond même du débat avec la poursuite et les Compagnies d'assurances, parties civiles, qui lui reprochent d'avoir, à leur détriment, réalisé des bénéfices commerciaux n'ayant rien de commun avec les frais médicaux et pharmaceutiques qu'elles devaient lui rembourser au taux et dans les limites du tarif légal ;

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

GASTON DUCHESNE

La mort de Gaston Duchesne, rédacteur en chef du *Concours médical*, survenue brusquement le 7 septembre dernier, a surpris douloureusement tous ceux qui avaient approché cet excellent journaliste, ce parfait confrère, cet homme de cœur et de dévouement. Nous étions nombreux à l'applaudir aux banquets annuels du *Concours médical* où sa parole précise, fine, spirituelle faisait merveille, à admirer l'impulsion qu'il savait donner, avec son ami J. Noir, au journal qu'il aimait, à la belle œuvre du *Sou médical* et à toutes les initiatives généreuses de la grande maison de Cézilly, de Jeanne et de Gassot. Récemment, au Congrès de la Bourboule, j'avais eu un vrai plaisir à causer longuement avec lui, admirant toute la jeunesse, la vivacité d'esprit, l'enthousiasme qu'il gardait, après plus de quarante ans de vie professionnelle. Comment penser que cet homme aux multiples et utiles initiatives serait brusquement enlevé quelques semaines plus tard ! Avec les collaborateurs groupés autour de lui et de J. Noir, avec sa famille douloureusement frappée, tous ceux qui ont au cœur le souci de l'avenir professionnel et moral du médecin garderont fidèlement le souvenir de Gaston Duchesne qui a su si bien, avec une conviction ardente, et sans jamais blesser personne, lutter pour la cause médicale.

P. LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1934.

Manifestation d'amitié franco-cubaine. — La séance débute par une *manifestation d'amitié franco-cubaine.*

M. le professeur José-Antonio PRESNO, ancien ministre d'État, recteur de l'Université de la Havane et président de l'Académie de médecine de Cuba, apporte à l'Académie de médecine de Paris une adresse de sa compagnie. Dans l'assistance, on remarquait : S. E. René Moralès, ministre de Cuba ; le professeur et Mme Presno, nièce d'Albarran, le professeur et Mme Francisco Dominguez, M. Francisco de P. Alvarez, et de nombreuses personnalités cubaines.

M. le professeur F. DOMINGUEZ prend le premier la parole :

« Cuba, et ses hommes de sciences, dit-il, ne pouvaient rester indifférents à l'aide précieuse qui nous a été prêtée à Paris, surtout par l'Académie de médecine, à l'occasion du centenaire de la naissance de notre illustre compatriote, le Dr Carlos J. Finlay.

« Nous devons à votre grand pays la première idée d'Académie de médecine, comme nous lui devons aussi nos premières idées de liberté...

« ... Les membres de l'Académie de médecine de la Havane, jadis fondée par Gutierrez, viennent aujourd'hui vous remercier pour les honneurs que vous avez dispensés à Cuba et à ses fils, ainsi que pour votre toujours si cordial accueil.

« Cette noble et haute mission a été confiée à son président, M. le professeur José A. Presno, mon cher élève et ami, que j'ai l'honneur de vous présenter. Le Dr Presno a été mon premier interne lors de ma rentrée à la Havane, en 1893, après avoir terminé mes études de médecine à Paris.

« Nous avons tous deux suivi la ligne droite, qui est celle des hommes de sciences, et le voilà aujourd'hui qui, comme président de l'Académie des sciences médicales de la Havane, vient ici, au nom de ses collègues, vous apporter le témoignage de notre profonde reconnaissance.

« Si cette visite n'a pas eu lieu plus tôt, comme c'était notre désir, cela est dû surtout aux troubles politiques existant dans notre pays, et aussi à la mission délicate que le Dr Presno a dû accepter, à la demande unanime de tous les professeurs et de tous les élèves de l'Université nationale, d'être leur recteur.

« Si le Dr Presno a été un grand élève, s'il a été un grand chirurgien et un excellent professeur, s'il fut le doyen de la Faculté de médecine de la Havane, c'est parce qu'il ne s'est jamais écarté de l'idéal élevé qu'il s'était tracé... »

Après avoir retracé l'œuvre du professeur Presno, M. Dominguez termine ainsi :

« C'est encore lui que j'ai choisi, le jour venu de ma retraite, comme professeur. Avant de quitter mon pays, où j'étais à ce moment, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, j'ai remis au Dr Presno, alors professeur agrégé, ma chaire d'anatomie topographique et d'opérations, où j'avais passé les vingt meilleures années

de ma vie. J'étais certain, comme il l'a fait, qu'il continuerait le chemin que j'avais commencé. Peu de temps après il obtint la division de la chaire, restant seulement professeur de thérapeutique chirurgicale avec sa clinique.

« Comme vous le voyez, vous n'avez pas seulement dans le Dr Presno un professeur, un savant, un patriote ; il est par-dessus tout un grand ami de la France. »

Le professeur Presno lit alors son discours :

« L'Académie des sciences médicales de la Havane m'a confié l'honorable et agréable mission de vous exprimer personnellement sa reconnaissance pour la part que votre illustre Académie a prise dans la commémoration du centenaire de la naissance de Finlay, notre génial compatriote, qui découvrit que la transmission de la fièvre jaune était due au moustique.

« C'est du haut de la chaire de l'Académie de médecine de la Havane, le 14 août 1881, que Finlay annonça, pour la première fois, au monde scientifique, sa découverte de la transmission de la fièvre jaune par un insecte suceur de sang, le moustique, établissant ainsi les bases fondamentales de la nouvelle classification du groupe des maladies transmissibles de l'homme malade à l'homme sain par les insectes suceurs de sang, et en consignant ensuite, dans la même Académie, en diverses communications, le résultat de ses patientes et laborieuses recherches d'expérimentation et de clinique.

« La découverte de Finlay permit d'éliminer de la Grande Antille la fièvre jaune, considérée à juste titre comme son plus redoutable fléau, car elle décimait les émigrants d'Europe et entachait d'une injuste réputation le doux climat de notre belle île. Cette découverte rendit service aussi au monde entier, en le délivrant des meurtrières épidémies de « vomito negro » qui, périodiquement, infestaient différentes contrées d'Amérique et d'Europe. Je rappellerai ici seulement les ravages que cette maladie causa en France durant les épidémies de Saint-Nazaire et de Marseille.

« La célébration, à l'Académie de médecine de Paris, dans une séance spécialement consacrée à la mémoire de ce grand bienfaiteur de l'humanité et dans laquelle notre illustre compatriotre et maître, le professeur Francisco Dominguez, membre associé étranger, présenta son travail si documenté sur la découverte de Finlay, cette célébration a été estimée par l'Académie de médecine de la Havane comme une nouvelle preuve des relations spirituelles et scientifiques qui ont existé entre nos deux nations et spécialement dans le domaine médical.

« En rendant hommage à la mémoire de notre compatriote Finlay, comme elle le faisait dernièrement pour l'admirable poète qui cisela *Les Trophées*, José-Maria de Heredia, et aussi pour Joaquin Albarran, professeur de votre Faculté de médecine, la généreuse France a, une fois de plus, affirmé les sentiments d'étroite affection et d'admiration que les Cubains ont toujours éprouvés pour elle, et qui nous firent résolument prendre place à ses côtés dès le premier moment des heures tragiques de la grande guerre pour assister ensuite avec un frémissement d'allégresse à sa glorieuse victoire.

« En célébrant la mémoire de Finlay, dont d'autres voulurent injustement diminuer ou abaisser la gloire, l'Académie de médecine de Paris maintient fidèlement sa tradition de veiller à la défense des droits des découvertes scientifiques, de la justice et de la vérité historiques qu'ici, dans cette chaire même, proclamait, avec son habituelle éloquence, votre illustre prédécesseur, Malgaigne.

« Comme président de l'Académie de médecine de la Havane, je me réjouis de redire, à vous, monsieur le président, et aux membres de cette docte corporation, notre profonde reconnaissance, en gardant la ferme conviction que les relations entre la patrie de Pasteur et la patrie de Finlay iront se resserrant chaque jour de plus en plus, et permettront à la jeunesse studieuse de Cuba de continuer à considérer la France comme sa seconde patrie.

« J'ai la joie de remettre à messieurs le président actuel et le président qui l'a précédé, ainsi qu'à monsieur le secrétaire général de l'Académie, le diplôme de membre honoraire que l'Académie de médecine de la Havane a eu à honneur de leur décerner, à l'unanimité. »

Après ces deux discours, salués par des applaudissements répétés, M. le président Walther prononce alors une chaleureuse allocution de remerciements dans laquelle il exalte la séculaire amitié franco-cubaine.

La séance est levée pendant quelques instants.

Mort de M. Meillère. — M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Meillère, son ancien président en 1932.

Notice. — M. Sacquépée lit une notice sur Léon Bernard.

Essai de transmission du tréponème de la paralysie générale au lapin et au cobaye. — M. Levaditi présente un important travail de M. Bessemans concernant la transmissibilité au lapin et au cobaye du tréponème inclus dans le cerveau des paralytiques généraux. On sait que, jusqu'à présent, il a été impossible de conférer le chancre syphilitique en inoculant aux animaux réceptifs (lapin ou singe) des fragments de corticalité cérébrale provenant de sujets atteints de paralysie générale. Certains auteurs, et en particulier Levaditi, ont attribué cet échec à la création *in vivo* de variétés tréponémiques éminemment neurotropes et dépourvues de propriétés chancrigènes. M. Bessemans a utilisé des particules de cortex cérébral humain contenant de nombreux tréponèmes parfaitement mobiles, décelables à l'ultramiscroscope. Or, l'inoculation de ces particules à des lapins et des cobayes n'a déterminé ni accident tréponémique local, ni syphilis cliniquement inapparente ; il s'ensuit que les spirochètes contenus dans le cerveau des paralytiques généraux sont dénués de dermotropisme, ce qui vient à l'appui de la conception formulée par Levaditi.



REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 *septembre* 1934 (1).

Les troubles nerveux consécutifs aux maladies gastro-intestinales.

MM. Laporte, Planque et Laboucarié.

Les maladies digestives retentissent sur le système nerveux par voie réflexe et par voie humorale.

1° Tous les symptômes ou maladies connus (en particulier ulcères, ptoses, colites, corps étrangers, appendicites chroniques) excitent le système végétatif dans son ensemble.

Les réactions ne sont jamais purement sympathiques ou parasympathiques. Elles sont toujours amphotoniques ; ces constatations cliniques trouvent un solide appui dans l'anatomie normale et pathologique.

D'ailleurs, il est difficile d'élucider, pour certains retentissements à distance (spasmes du pylore, cryesthésie, angoisse en particulier), la part de l'irritation du sympathique ou du parasympathique.

L'*intensité* des réactions végétatives résulte d'une part de la persistance des irritations, de l'autre de l'irritabilité neuro-végétative qui est à la base de la constitution émotive.

L'*orientation* des réactions végétatives sur tel organe ou tel système tient à des raisons anatomiques (par exemple irritation directe des branches du vague dans l'ulcère de la petite courbure) ou à des sensibilisations d'organe ou de système. Ces phénomènes de répercussivité sont surtout nets pour l'épilepsie d'origine intestinale.

Ce facteur personnel rend imprévisible, dans tous les cas, la topographie, la diffusion et l'intensité de la réaction végétative.

2° Le retentissement humoral est différent pour l'estomac ou l'intestin.

Le syndrome neuro-anémique paraît lié d'une façon constante à une achylie (congénitale ou acquise) qui entraîne une déchéance hématopoiétique et nerveuse par de vrais phénomènes de carence.

La tétanie gastrique, essentiellement en rapport avec l'intensité des vomissements, paraît consécutive à la déchloruration plasmatique qui entraîne l'alcalose génératrice de spasmophilie.

Ce sont donc là des désordres spécifiques parce qu'ils répondent à une carence définie.

Par contre, les stases intestinales entraînent des troubles nerveux toxiques (syndrome neuropsychasthénique d'où se détache la céphalée — troubles sensoriels) dénués de spécificité. Leur physionomie change peu quel que soit l'étage où siège la stase (duodénum ou angle iléo-cæcal). Les caractères de cette intoxication, sans cesse entretenue par sa cause, mais sans cesse drainée d'un côté par l'évacuation intestinale, de l'autre par le jeu des émonctoires, est de rester longtemps minime et continue.

3° Il est souvent malaisé d'affirmer l'origine réflexe ou toxique d'un trouble nerveux ou neuro-circulatoire.

Certains troubles, par la soudaineté de leur apparition, évoquent indiscutablement un mécanisme réflexe. Par exemple, les signes d'orthostatisme (vertiges, nausées) dans les ptoses, la crise épileptique provoquée par la pression au point appendiculaire.

D'autres troubles, par leur caractère permanent (asthénie), et même progressif (labyrinthoroxies), leur rapport avec la stase, ne font pas douter de leur origine toxique.

Pour d'autres troubles enfin, telles les dyspepsies dites réflexes, tels les phénomènes vasomoteurs (battements épigastriques, crises vasculaires des extrémités), on peut se demander quel est exactement le facteur pathogénique en cause (toxine ou réflexe). Il est fort probable que l'intoxication peut entraîner secondairement des troubles réflexes, — soit que l'intoxication atteigne directement les troncs nerveux à leur connexion avec l'intestin (ainsi le tronc du vague s'imprègne directement, d'après Lœper, des substances issues de la digestion, de substances toxiques introduites dans l'estomac), — soit que l'intoxication, générale cette fois, sensibilise le système nerveux végétatif.

Bactériémies et septicémies colibacillaires.

MM. E. Vaucher et J. Kabaker.

Les rapporteurs limitent leur exposé aux points suivants :

1° Conditions dans lesquelles le bacille peut pénétrer dans le sang.

2° Manifestations cliniques de cette pénétration.

Septicémies vraies tout à fait exceptionnelles.

Septicémies ou bactériémies occultes.

1° Les auteurs étudient donc d'abord les conditions dans lesquelles le bacille peut pénétrer dans le sang.

a. Pénétration du bacille à travers les muqueuses ;

b. Pénétration par les voies lymphatiques ou sanguines;

c. Autres voies de pénétration sauf l'intestin (suppurations para-intestinales, angiocholite et cholécystite suppurées, pyélonéphrite, etc., septicémies puerpérales (Widal et Lemierre), septicémie colibacillaire des grands blessés de guerre (Vincent).

2° Les manifestations cliniques de la pénétration du colibacille sont marquées dans la *septicémie vraie* par des phénomènes généraux graves, par l'apparition de symptômes d'imprégnation toxique, enfin par la présence dans le sang de germes vivants.

Dans les *septicémies associées* colibacille et autres microbes, le rôle pathogène du colibacille est très discutable.

Le diagnostic de la septicémie à colibacille ne peut se baser sur des constatations cliniques, l'*hémoculture* pratiquée au début de l'accès fébrile peut seule renseigner.

Le pronostic est meilleur que dans les autres septicémies, il est particulièrement bon dans les septicémies consécutives à des gastro-entérites.

Les auteurs terminent par une étude des septicémies occultes qui sont fréquentes. Ils concluent ainsi : il ressort des observations accumulées depuis de nombreuses années que la porte d'entrée des bactériémies et septicémies à colibacille étant intestinale, le traitement préventif de

(1) Association de la Presse médicale française.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ces infections est au premier chef une thérapeutique intestinale.

L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques.

M. P. Desgeorges.

Quelques-uns des innombrables colibacilles qui vivent dans l'intestin à l'état d'hôtes habituellement inoffensifs peuvent, chez certains sujets, franchir la muqueuse et par les canaux lymphatiques et le canal thoracique pénétrer dans la grande circulation d'où ils s'élimineront par les reins et le foie.

C'est cette colibacillémie à point de départ intestinal, plus ou moins intermittente et passagère, mais chroniquement renouvelée, qui constitue véritablement la colibacillose dont il est si souvent question aujourd'hui.

Telle est du moins la conception que depuis 1922 l'auteur s'efforce de faire prévaloir.

La colibacillose relève d'un germe peu virulent, du quasi-saprophyte qu'est le colibacille intestinal. C'est pour cela qu'elle évolue presque toujours à bas bruit, est si rarement décelée par l'hémoculture et a été si longtemps méconnue.

Infection sanguine, réalisée par un germe toujours à pied d'œuvre, se poursuivant en de nombreux cas pendant la plus grande partie de l'existence, la colibacillose est susceptible d'affecter à la longue la plupart des organes, des systèmes et des fonctions.

Puissamment hypercholestérinisante, la colibacillose est aussi oxaligène et alcalosante.

Elle joue un rôle prépondérant dans la pathogénie des infections banales de l'appareil urinaire : pyélites, pyélonéphrites, et cystites.

Il ne lui revient pas une moindre part dans la genèse des affections biliaires. Elle est cause commune d'hépatite et est à l'origine de la plupart des cas de cholécystite tant lithiasique que non lithiasique.

Son rôle est considérable en gynécologie.

Il est immense en endocrino-sympathologie. Toute une série de troubles endocrino-sympathiques généralement considérés comme primitifs sont en réalité la conséquence de la colibacillémie à point de départ intestinal.

La colibacillose est facteur fréquent d'hypotension artérielle, de nervosisme et de dépression, de lumbago, de céphalée et de migraine. Elle est susceptible de réaliser dans tous ses détails le syndrome neurasthénique.

Elle est facteur possible d'asthme et de phlébite. Elle commande la pathogénie de la cellule.

La colibacillose est cause fréquente de fièvre : ascensions thermiques brusques et passagères, états fébriles légers et interminables.

Bien des états morbides soi-disant primitifs, bien des affections que l'on a l'habitude de considérer comme autonomes ne représentent en réalité qu'une des étapes, un des aboutissements de la colibacillose.

La colibacillose est la plus répandue des maladies.

Elle constitue une des infections les plus importantes de la pathologie.

Les localisations génitales du colibacille chez l'homme.

MM. E. Chauvin et Jean Piéri.

Les rapporteurs n'envisagent que les localisations primitives du colibacille sur l'appareil génital. Ils laissent de côté, en particulier : 1° toutes les infections à colibacilles consécutives à la blennorragie et dans lesquelles ce microorganisme n'intervient qu'au titre d'infection secondaire ; 2° les complications génitales des infections vésico-rénales évidentes, telles que les orchites des urinaires.

Après avoir fait une étude d'ensemble sur les atteintes colibacillaires de l'appareil génital chez l'homme, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

I. Leur fréquence et importance sont beaucoup plus grandes qu'il n'était classique de l'admettre il y a quelques années à peine.

II. Leur origine pourrait être externe, et l'on pourrait voir quelques urétrites primitives par contagion ; exceptionnelles en tout cas, et mises en doute par bien des auteurs.

III. Elles sont ordinairement endogènes, à point de départ le plus souvent intestinal. La propagation à l'appareil génital peut se faire, soit par la voie sanguine, soit par la voie urinaire descendante. L'importance respective de ces deux voies, encore discutée, paraît être différente suivant l'organe considéré.

IV. A part quelques atteintes testiculaires et quelques rares urétrites, il semble que la lésion initiale siège ordinairement dans la prostate ou dans les vésicules séminales qui paraissent constituer, entre la colibacillémie ou la colibacillurie d'une part, et l'infection des organes génitaux, un relai presque indispensable selon l'opinion de Rowsing.

V. La prostato-vésiculite devient donc la lésion essentielle de la colibacillose génitale.

Elle est à la base des épididymites et surtout de leurs formes récidivantes.

Elle est le point de départ des écoulements urétraux dans la plupart de leurs formes chroniques ou à rechute.

Elle est peut-être la cause de certains troubles généraux parfois tenaces et graves qui peuvent simuler la tuberculose ou de troubles digestifs chroniques.

Son importance pathologique s'avère chaque jour plus grande.

VI. C'est donc la lésion prostato-vésiculaire qu'il faut soigner essentiellement dans les formes rebelles. La destruction diathermique des diverticules intraprostatiques et le lavage des vésicules nous apportent pour ces traitements toujours délicats, difficiles et longs, des moyens nouveaux qui nous ont paru efficaces, et dont l'usage nous dira, seul, la valeur réelle.

Colibacillose et gynécologie.

M. André Guillemin.

En dehors de la grossesse, la notion de colibacillose a acquis droit de cité en gynécologie depuis quelques années. L'auteur rappelle que dès 1920 son maître, le professeur Vautrin, groupait les affections génitales à point de départ

intestinal en un syndrome qu'il dénommait « entéro-génital ».

Rappelant brièvement les notions pathogéniques connues, l'auteur montre que toutes modifications dans le transit intestinal, soit par ralentissement et constipation atonique ou spasmodique, colopathie spasmodique muco-membraneuse (Dumont) ou coudures — ou par excès de contraction ou diarrhée — entérite aiguë ou chronique, — sont susceptibles de favoriser le développement du colibacille et de l'entérocoque qui peuvent alors devenir pathogènes.

Après avoir examiné les voies d'infection : lymphatique, directe, ascendante, sanguine, l'auteur fait remarquer qu'il ne suffit pas que le colibacille ou l'entérocoque parviennent aux organes génitaux pour déterminer une réaction de leur part. Il est nécessaire qu'ils y pullulent, qu'ils deviennent pathogènes. Or nous savons que l'un comme l'autre cultivent mal en milieu acide.

Si nous acceptons, ajoute-t-il, les données fournies par Cotte, nous voyons que le milieu tubaire est alcalin ; au niveau du corps utérin, les sécrétions sont alcalines ainsi que celles du col ; les liquides vaginaux normaux sont acides, ceux de la région vestibulaire aussi. Donc, dans tout l'appareil génital, les sécrétions vaginales et vestibulaires sont seules acides.

Nous pouvons donc déduire que les infections génitales colibacillaires se porteront surtout sur la partie supérieure du tractus génital : col et corps utérins, trompes, dont les sécrétions sont normalement alcalines.

Notons encore que le maximum de fréquence de la colibacillose se rencontre vers le milieu de la période menstruelle.

Les manifestations cliniques provoquées par la colibacillose ne constituent pas une entité bien définie : leucorrhée, lassitude, chez des constipées chroniques, etc. Les malades sont aussi souvent des ptosiques, des désanglées du ventre.

Les malades viennent consulter pour de la leucorrhée, de la vulvo-vaginite, on observe aussi des cervicites et des endométrites à colibacilles, des salpingites, des péri et paramétrites, des cellulites pelviennes.

Dans les formes aiguës rentrent des pelvipéritonites avec collection dans le Douglas, des abcès pelviens.

Les directives thérapeutiques doivent être orientées vers les trois buts suivants : désinfecter l'intestin, atteindre les lésions génitales, tonifier l'état du malade, ou plus simplement combattre l'agent microbien et modifier le milieu humoral du malade pour le transformer de milieu favorable en terrain de défense.

De là découlent : une thérapeutique intestinale (vaccinothérapie) ; une thérapeutique utérine (vaccinothérapie loacle, Besredka) ; une thérapeutique du terrain ; enfin dans quelques cas une thérapeutique chirurgicale.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité des examens bactériologiques.

Thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales.

M. R. Damade.

L'auteur envisage dans son rapport le traitement médical des différents facteurs qui conditionnent la toxi-infection intestinale subaiguë ou chronique, dont le très intéressant travail de Chiray et Baumann a précisé les modalités cliniques et biologiques.

Un examen clinique complet permet d'éliminer un syndrome intestinal secondaire à une infection générale ; de dépister l'origine intestinale d'un syndrome rénal, pulmonaire, mental même. Mais, surtout en gastro-entérologie, la clinique permet rarement un diagnostic précis. La coprologie, la radiologie, la rectoscopie, les tubages gastrique et duodénal, les examens du sang et des urines donneront donc des renseignements utiles.

L'auteur insiste sur la nécessité pour le médecin d'avoir constamment présente à l'esprit la notion du rôle capital en pathologie digestive des cercles vicieux. Le spasme amène la constipation qui ne tarde pas à irriter la muqueuse ; la colite renforce le spasme, donc la stase, d'où résorption toxique, altération de l'état général qui retentit à son tour sur le fonctionnement intestinal. Il est, par suite, indispensable de traiter en même temps les divers facteurs de la toxi-infection : panser la muqueuse, combattre le spasme, modifier l'évacuation mécanique de l'intestin, etc.

Le rapporteur étudie alors le traitement des *parasitoses* : l'amibiase, la lambliase, les helminthes, puis le traitement des *troubles du transit* intestinal, les stases, les adhérences, celui des *troubles chimiques*, ensuite les *pansements de la muqueuse intestinale* par le bismuth, le kaolin, la magnésie, la mucine. Il étudie les *antiseptiques intestinaux*, puis aborde les *insuffisances digestives*. La *vaccinothérapie*, la *sérothérapie*, les *troubles intestinaux par sensibilisation* sont enfin l'objet d'une étude détaillée.

En terminant, l'auteur signale l'importance des lésions para ou extradigestives, infections rhino-pharyngées ou amygdaliennes, adénoïdites, suppurations dentaires qui doivent être traitées. Enfin le choix judicieux d'une cure hydrominérale viendra compléter et consolider les résultats acquis par la thérapeutique diététo-médicamenteuse.

Thérapeutique hydrominérale des infections et intoxications intestinales.

M. E. Duhot.

Après une étude détaillée de l'infection microbienne et de ses causes, l'auteur consacre un important passage à l'infection parasitaire et à l'intoxication. Ces différentes affections constituent une des indications les plus caractérisées de Châtel-Guyon. Les nombreuses observations publiées par Baraduc, Aine, Baumann, Caehlinger, Balme, Mazeran, mettent bien en évidence les modifications locales et le relèvement de l'état général amenés par la cure.

Le rapporteur rappelle alors les éléments de la cure de Châtel-Guyon :

« De nombreuses sources hydrominérales, de composition assez analogue mais de thermalité différente variant de 24° à 38°, jaillissent des eaux carbo-gazeuses présentant une minéralisation totale de 7 grammes par litre et par conséquent sensiblement isotoniques au sérum sanguin, bicarbonatées mixtes, chlorurées sodique et surtout magnésiennes, avec une teneur en chlorure de magnésium allant de 0gr,30 à 1gr,85 par litre, à laquelle on s'accorde à donner une importance primordiale.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

L'absorption de l'eau en boisson, à des doses de 300 à 500 grammes par jour, technique principale, est complétée par les bains intestinaux donnés surtout sous forme d'instillations rectales en goutte à goutte, les douches abdominales tamisées ou sous-marines, les bains généraux, les cataplasmes de boues végéto-minérales, techniques auxquelles s'adjoignent les diverses adjuvances physiothérapiques et le régime alimentaire. Au cours d'affecions aussi rebelles, l'utilisation de cures prolongées et de cures répétées est de toute évidence. »

M. Duhot étudie ensuite le mécanisme de l'action anti-infectieuse de la cure de Châtel-Guyon.

Dans une deuxième partie sont exposés les syndromes extra-intestinaux, puis les syndromes entéro-hépatiques qui relèvent surtout de Châtel-Guyon, Brides et Vichy. L'importance des cures associées entre Vichy et Châtel-Guyon est à noter.

Les syndromes entéro-rénaux sont justiciables de Vichy et Châtel-Guyon, de la Preste, Vittel, Contrexéville, Evian, etc., etc.

De l'exposé du rapporteur, « il résulte que, dans les infections et les intoxications intestinales ainsi que dans les syndromes associés qu'elles déterminent et qu'elles entretiennent, manifestations à surprises et à reprises, caractérisées par leur ténacité, leur résistance aux traitements, la fréquence de leurs récidives, la thérapeutique hydrominérale revendique une très large part, légitimée par les résultats que démontrent la clinique et le laboratoire ; les cures prolongées, répétées, associées, en parfaite union avec toutes les autres modalités thérapeutiques, doivent ici être la règle.

« Ce n'est pas l'un des moindres titres acquis par les hydrologues de nos stations françaises que d'avoir contribué à édifier la symptomatologie et la pathogénie de ces affections, en même temps qu'ils contribuent à assurer leur traitement. »

Considérations physiologiques sur la motricité intestinale.

MM. H. Hermann et G. Morin.

« Envisagé comme organe contractile, l'intestin est doué d'*automatisme* ; c'est-à-dire que, séparé du reste de l'organisme, il continue à présenter des mouvements et, en conséquence, à former en lui-même les excitations qui donnent naissance à son activité. De nombreuses *méthodes d'étude* ont permis d'examiner avec soin les *principaux types d'activité motrice* de l'intestin isolé et plus spécialement les *mouvements péristaltiques* dont le rôle primordial est d'assurer la progression du chyme. Aujourd'hui bien connu dans ses modalités, le péristaltisme intestinal obéit à des lois précises (*loi de la conduction polarisée* ; *loi de l'intestin, de Bayliss et Starling*) ; il résulte de la *contraction, des deux couches musculaires de l'intestin*, l'une circulaire, l'autre longitudinale, et avant tout des *rapports immuables* des phases d'activité de chacun de ces deux muscles. Il demande enfin pour apparaître et durer la réunion d'un certain nombre de *conditions physiques, chimiques, mécaniques et physico-chimiques.* Tous ces problèmes sont désormais bien étudiés et, sauf pour quelques points de détail, l'accord est fait sur la solution qu'il convient de leur donner. Il n'en est plus de même lorsque, passant du plan des faits à celui des théories, on en vient à se demander quelle est *la nature de l'automatisme intestinal.* Est-il d'essence nerveuse ou au contraire l'apanage exclusif du muscle ? Ici *les théories neurogène et myogène* s'affrontent, chacune d'elles opposant à l'autre le long cortège de ses arguments et de ses critiques. L'analogie est absolue avec la querelle neuro-myogéniste de l'automatisme cardiaque, et nous retrouvons également au cours du débat les partisans de la *théorie humorale du réglage de la motricité intestinale.* La question, il faut bien le dire, n'est pas d'un intérêt capital pour les médecins, et si les physiologistes continuent à en discuter, c'est du moins sans passion, d'autant qu'une solution se fait jour, qui, *myo-neurogéniste*, et reconnaissant à chacune des théories une part de vérité, paraît devoir donner satisfaction aux deux camps adverses.

« Quelle que soit son importance, l'étude analytique des mouvements de l'intestin isolé ne donne pas une idée exacte de la motricité intestinale physiologique. Dans les conditions normales, l'intestin est, en effet, soumis au *contrôe du système nerveux cérébro-spinal.* Ici encore le parallélisme est complet avec le cœur : l'automatisme fondamental est sans cesse modifié par *le jeu d'une double innervation antagoniste.* Les *nerfs pneumogastriques*, souvent dénommés nerfs moteurs de l'intestin, augmentent le tonus de la musculature entérique, dont ils accélèrent et renforcent également les contractions. *Les nerfs splanchniques* amoindrissent au contraire ce tonus et inhibent les mouvements intestinaux. On sait que les derniers de ces nerfs exercent leur action modératrice directement par mécanisme nerveux pur et indirectement par la voie humorale de l'adrénaline dont ils régissent la sécrétion interne. A côté de cette double commande nerveuse centrifuge, dont les effets se déclenchent sous les influences les plus diverses, il ne faut pas oublier les conducteurs centripètes qui relient le tractus intestinal aux centres médullo-encéphaliques, *les nerfs sensibles de l'intestin*, qui, empruntant le trajet des nerfs grands et petits splanchniques, gagnent la moelle par les paires rachidiennes étagées de D^6 à L^1, et dont on ne parle pour ainsi dire jamais à l'occasion des phénomènes moteurs de l'intestin. Que ces voies afférentes jouent un rôle important pour le transit alimentaire, c'est ce que démontre un *réflexe intestino-intestinal*, qu'il nous a été récemment donné d'observer et d'analyser en détail. S'ajoutant à la liste déjà longue des réactions compensatrices, où, selon la doctrine de Morat, le trouble à corriger s'avère l'excitant spécifique du phénomène correcteur, l'existence d'un tel mécanisme nerveux proprioceptif nous révèle que pour mener à bien sa fonction motrice, et coordonner ses activités automatiques, le tractus digestif, comme les autres grands appareils, utilise le procédé de *l'autorégulation réflexe.* »

Cet exposé général des rapporteurs permet de mieux comprendre les expériences qu'ils exposent ensuite relativement à l'automatisme moteur del'intestin et aux régulations nerveuses extrinsèques. Importantes études, qu'illustrent de nombreux tracés.

Le syndrome entéro-rénal et les syndromes associés

(la maladie exentérale).

M. Heitz-Boyer.

Le rapport de M. Heitz-Boyer est une remarquable

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

étude d'ensemble du syndrome qu'il décrivit en juillet 1919 à la Société médicale des hôpitaux sous le nom de syndrome entéro-rénal. Il lui décrivait alors trois phases : point de départ intestinal, étape intermédiaire septicémique ou septicoxémique, phase terminale urinaire, et il démontrait que le syndrome entéro-rénal est une maladie générale et non locale.

Tout récemment, M. Heitz-Boyer a proposé d'englober ses multiples et très diverses manifestations sous le terme général de *maladie exentérale*. Ce mot met en lumière « le fait primordial : la cause initiale de ces différentes localisations relève alors, tout au moins pour une part, d'une infection ou intoxication fomentées dans un intestin dont l'étanchéité physiologique est mise en défaut, et laisse « sortir » à travers la paroi devenue trop perméable, des éléments nocifs qui normalement devraient rester enclos dans le tube digestif ».

Ainsi la muqueuse ne joue plus son rôle de barrière isolatrice. Le défaut d'étanchéité de la paroi de l'intestin est un fait, mais il faudra en outre, pour que le syndrome entéro-rénal et les syndromes associés se produisent, qu'il y ait eu « hyperperméabilité » de la muqueuse intestinale. Chez les malades qui en sont atteints, cette hyperperméabilité résulterait d'une atteinte ou d'une disparition de l'immunité locale intestinale conforme aux idées de Besredka.

Etape intestinale. — Elle est primordiale chronologiquement. Le rapporteur en étudie l'étiologie, la pathogénie — mécanisme de la perturbation intestinale — puis il consacre un chapitre à la physiopathologie de la muqueuse intestinale. Il établit ensuite une classification générale des troubles de cette fonction interne de l'intestin.

La déficience intestinale. — Chez les patients surviennent en effet des troubles urinaires ou autres, alors qu'ils ne présentent apparemment aucun symptôme net ou important d'une altération intestinale, et pourtant, chez eux, c'est dans l'intestin que siégea le foyer point de départ de la toxi-infection exentérale. M. Heitz-Boyer insiste plus loin sur les altérations du *contenant* vis-à-vis de celles du *contenu*.

Le rapport se termine par des explications physiologiques et l'exposé de critériums cliniques ou de laboratoire (recherche de l'indoxylurie) qui permettent de faire le diagnostic. L'auteur signale en outre quelques facteurs d'ordre général qui commandent la maladie exentérale : le terrain, l'état général physique, les insuffisances endocriniennes, et enfin les facteurs d'ordre moral.

CONFÉRENCE D'HYDROLOGIE EXPÉRIMENTALE

La pharmacodynamie hydrologique.

Le Dr L. Justin-Besançon rappelle l'intérêt qui s'attache aux tests pharmacodynamiques et aux procédés d'étude biologique des médicaments. Les travaux du professeur Maurice Villaret et de ses élèves ont orienté l'hydrologie vers les méthodes des sciences pharmacodynamiques. Les buts de la pharmacodynamie hydrologique peuvent être schématisés dans les six propositions suivantes :

1° Objectiver les effets biologiques des eaux minérales ;

2° Comparer entre elles, au point de vue pharmacodynamique, les différentes sources thérapeutiques ;

3° Etablir leur point d'attaque physiologique ;

4° Rechercher quels sont, dans une eau minérale, les éléments biologiquement actifs ;

5° Tenter un étalonnage biologique des eaux médicinales ;

6° Jeter un pont entre les données physico-chimiques sur les eaux minérales et leurs effets thérapeutiques, tels qu'ils résultent de la clinique.

Ces buts sont importants mais limités : la pharmacodynamie hydrologique doit être séparée de la clinique thermale. On ne doit pas lui demander sans réserve une explication des faits cliniques. Les techniques de l'hydrologie expérimentales sont celles-là mêmes qui sont utilisées en pharmacodynamie, qu'il s'agisse d'expériences sur l'animal entier ou sur les organes isolés. Les résultats des recherches de pharmacodynamie hydrologique montrent que les principaux objectifs fixés par les expérimentateurs se trouvent atteints. L'auteur tire des exemples de quelques recherches d'hydrologie expérimentale poursuivies avec l'eau de différentes sources et en particulier avec celle de Châtel-Guyon. Ce qui ressort au plus haut point des investigations de cette science nouvelle, c'est la puissance physiologique des eaux médicinales.

(*A suivre.*)

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS UROLOGIQUES *(Suite)*

THÉOBRYL ROCHE. — Allylthéobromine, diurétique injectable, plus actif et à plus petites doses que les théobromines.

Une à deux ampoules par jour ou X à XX gouttes deux à quatre fois par jour (et plus suivant les cas).

Produits Hoffmann-La-Roche et Cie, 10, *rue Crillon, Paris (IVe).*

ULTRAFORMINE B. et S. — Urotropine avec association de benzoate de Na ou de salicylate de Na. Antiseptique urinaire et biliaire.

INDICATIONS. — Toutes infections urinaires, pyélites, gonococcie, infections hépatiques, etc.

Laboratoire Sauze, 60, *rue Nationale, Firminy (Loire).*

URASEPTINE. — PRINCIPES ACTIFS. — Héxaméthylènetétramine et son citrate, benzoates de soude et de lithine, diéthylénimine.

DOSES. — Granulé soluble, 2 à 6 cuillerées par jour avant les repas, dans un peu d'eau.

MODE D'ACTION. — Antiseptique urinaire par excellence, par *dédoublement assuré* de la formine et mise en liberté du formol.

Dissout et chasse l'acide urique.

INDICATIONS. — Toutes les infections vésicorénales, pyélites, pyélonéphrites, cystites, urétrites gonococciques et autres, arthritisme et ses complications, diathèse urique, goutte, gravelle.

Henry Rogier, 56, *boulevard Pereire, Paris*.

URICLARINE. — Combat l'infection urinaire au lieu même où elle naît : le tube digestif. Médicament de choix des affections réno-vésicales d'origine microbienne.

INDICATIONS. — Maladies infectieuses des voies urinaires, cystites, pyélites, colibacillurie, etc.

Brisson, 157, *rue Championnet, Paris (XVIIIe).*

URISANINE. — A base de benzoate d'hexaméthylène-tétramine.

INDICATIONS. — Antiseptique urinaire et biliaire

DOSES. — 1 à 3 cuillerées à café par jour dans un demi-verre d'eau.

Laboratoire de l'Urisanine, 28, *rue Milton, Paris.*

NOUVELLES

A la mémoire de G.-S. Sérullaz, pharmacien-chef des armées de l'Empire. — Dimanche 23 septembre, a été inaugurée à Poncin, la plaque opposée à la mémoire de G.-S. Sérullaz, pharmacien-chef des armées de l'Empire. premier professeur au Val-de-Grâce et membre de l'Académie des sciences, né à Poncin, en 1774.

Cette fête, organisée par le Syndicat d'initiative de la région des bords de l'Ain et par le Syndicat des pharmaciens de l'Ain, était présidée par le sous-préfet de Nantua.

Clinique médicale de la Pitié. — MM. H. VAQUEZ et A. CLERC, professeurs, recommenceront fin janvier 1935 leur cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Le programme détaillé sera publié en novembre prochain.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (professeur : M. Emile SERGENT). — PROGRAMME GÉNÉRAL DES CONFÉRENCES. — 1° Le mercredi, à 11 heures : Conférence clinique faie par M. Sergent, qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la clinique générale.

2° Le vendredi, à 11 heures : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

3° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 heures : Conférences élémentaires de technique et de séméiologie.

4° Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30 : Séances de pneumothorax artificiel,, par MM. René Mignot et P. Lonjumeau anciens chefs de clinique.

5° Le mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Bérard.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Benda, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricard et Patte, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand, Couvreux et Kourilsky. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la clinique.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (professeur : M. Emile SERGENT). — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques, le mercredi 21 novembre 1934, à 11 heures, à l'hôpital Broussais.

I. PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 9 h. 30 : Visite dans les salles.

Lundi, mardi et jeudi à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique.

Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30 : Séance de pneumothorax artificiel, sous la direction des Drs René Mignot et P. Lonjumeau, anciens chefs de clinique.

Mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Dr Bérard.

Samedi, à 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures : Leçons de technique et de séméiologie élémentaire par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, De Massary, Oury, Grellety-Bosviel, Turpin, Benda, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricard et Patte, et les chefs de laboratoire : MM. H. Durand, Coufreux et Kourilsky.

Mercredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéatre, par le Professeur.

Vendredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'Amphithéâtre, par les Chefs et anciens Chefs de clinique ou par une personnalité étrange au service.

II. ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DES STAGIAIRES (a partir du 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites

NOUVELLES (*Suite*)

chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la sémiologie.

III. Enseignement complémentaire de perfectionnement. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera quatre sortes de cours, dont les dates et le programme seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours :

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet.

2° Un cours sur les suppurations de l'appareil respiratoire, aussitôt avant le cours sur la tuberculose.

3° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin octobre) avec la co-direction du Dr Lian, agrégé.

4° Des cours pratiques de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef du laboratoire de radiologie de la clinique (1er cours en avril ; 2e cours en décembre).

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

Cours de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Bernard Cunéo commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 6 novembre à 10 heures, à l'hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le professeur.

Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

De lundi 5 novembre au jeudi 20 décembre, tous les matins, à 10 heures : Cours de sémiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch et Sénèque, chirurgiens des hôpitaux ; Blondin, Sicard et Tailhefer, chefs de clinique, Cahen et M. Delalande, anciens chefs de clinique à la Faculté : Zagdoun, ancien interne du service, et par M. Nicolas, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium. Lundi, à 15 heures : Opérations, jeudi matin, à 9 h. 30 (côté ouest) par M. le professeur Hartmann.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 3 novembre 1934, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (professeur M. F. Terrien). — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis, à 10 heures (Amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique.

Un examen ocligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

Cours complémentaire de radiothérapie gynécologique. — Le cours complémentaire de radiothérapie gynécologique du Dr R. Mathey-Cornat, radiologiste des hôpitaux, aura lieu du jeudi 8 novembre au dimanche 11 novembre 1934 inclus à la fondation Demons, 10, rue du Professeur Demons, Bordeaux.

Ce cours à la fois *théorique*, *pratique* et *technique*, accompagné de démonstrations et de présentation de malades, réunira les acquisitions les plus récentes de la rœntgen et de la curiethérapie gynécologique ; il est destiné aux étudiants en médecine et à tous les médecins qui désirent acquérir des notions nouvelles pour se perfectionner dans cette branche importante de la thérapeutique moderne.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat, 82, cours de Verdun, Bordeaux, tél. 84.864.

Programme du cours. — *Jeudi 8 novembre.* — 9 heures : Ouverture du cours historique. Principes directeurs de la radiothérapie gynécologique. Dr Mathey-Cornat. — 10 heures : Evolution et domaines respectifs de la chirurgie et des radiations dans le traitement des cancers du corps utérin. Dr Magendie, chirurgien des hôpitaux. — 11 h. 15 : La radiothérapie des organes génitaux de la femme du point de vue anatomo-pathologique. Examen histologique des tissus irradiés. Projection de coupes. Dr Mougneau, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. — 16 heures : Présentation de malades traitées. — 17 heures : Radiothérapie des tumeurs malignes de l'appareil génital de la femme. Cancer de la vulve, du vagin ; tumeurs malignes des annexes. — Dr Mathey-Cornat. 18 heures : Notions de technique dosimétrique. G. Destriau, ingénieur E. C. P., licencié ès sciences physiques.

Vendredi 9 novembre. — 9 heures : Technique générale d'irradiation en gynécologie. Dosimétrie. Incidents et accidents. Action locale et action générale des irradiations. Dr Mathey-Cornat. — 10 heures : Topographie des organes génitaux et intrapelviens de la femme en vue de la radiothétrapie. Distribution des lymphatiques. Professeur agrégé Dufour, chirurgien des hôpitaux. — 11 h. 15 : Séance opératoire. — 16 heures : Présentation de malades. — 17 heures : Les cancers cervico-utérins. Cancers du corps de l'utérus. Sarcomes génitaux. Dr Mathey-Cornat. — 18 heures Technique de dosimétre rœntgenthérapeutique (suite). G. Destriau.

Samedi 10 nobembre. — 9 heures : Fibromyomes utérins. Métrorragies et ménorragies. Métropathies hémorragiques. Dr Jean Villar, chirurgien des hôpitaux. — 10 heures : Cancers du sein. Squirrhes. Métastases. Adénofibromes du sein. Mammites et abcès. Dr Jean Villar. — 11 h. 15 : Visite du centre anticancéreux, 180, rue Saint-Genès. La radiothérapie à 300 000 volts et la télécuriethéglandulaire Troubles de la menstruation et de la ménorapie. — 16heures : Présentation de malades. — 17 heures : Stérilisation radiothérapique. Radiothérapie pause. Affections diverses (lésions inflammatoire de la vulve et du vagin ; leucoplasie, prurit vulvaire, prolapsus), Dr Mathey-Cornat. — 18 heures : Fin des démonstrations de dosimétrie. Dosage en curiethérapie. G. Destriau.

Dimanche 11 novembre. — 9 h. 30 : Clôture du cours. Dr Mathey-Cornat. — 10 h. 30 : Visite de l'établissement hospitalier de Haut-Lévêque, Pressac. La tuberculose génitale de la femme. Technique radiothérapique et présentation de malades. Dr J. Villard, Dr Mathey-Cornat. —

NOUVELLES *(Suite)*

11 h. 30 : Punch d'honneur. — 12 h. 30 : Déjeuner de clôture dans un des restaurants de la ville (par souscription).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat du cours, 82, cours de Verdun, Bordeaux, tél. : 84 864.

Clinique des maladies infectieuses (hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur LEMIERRE fera sa première leçon clinique, le jeudi 15 novembre 1934, à 11 heures, et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

ORGANISATION DU SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique) ou par les élèves sous la direction du professeur ou des assistants

Enseignement. — Le jeudi, à 11 heures : Leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le professeur Lemierre.

Les mardis et samedis, à 11 heures : Leçons de technique clinique dans la salle de cours ou au laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Drs J. Cathala et Étienne Bernard, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gastinel,, agrégé ; J. Levesque, R. Garcin, F. Coste, A Laporte, médecins des hôpitaux ; Reilly, chef de laboratoire de la Faculté ; Rivalier, Layani, Lièvre, Cattan, anciens chefs de clinique ; Worms, Mlle Barnaud et Mlle Wilm, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par M. le Dr Chatelier, otho-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes :

1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les étudiants (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de séméiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement.

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit des malades ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la clinique, avec le concours dévoué de M. le professeur d'hygiène Tanon ; de M. le Dr Gastinel, agrégé de bactériologie ; de M. le Dr Reilly, chef de laboratoire ; de M. le Dr Cathala, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; M. le Dr Cambessédès, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale (professeur : M. Henri CLAUDE). — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique aura pour objet la séméiologie psychiatrique. Il aura lieu à l'amphithéâtre de la clinique. La première leçon sera faite le dimanche 18 novembre, à 9 heures.

Il sera fait par le Dr Lévy-Valensi, agrégé, et les anciens chefs de clinique.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les dimanches, à 10 h. 30, et une consultation policlinique, le mercredi, à 10 h. 30. La première leçon aura lieu le dimanche 18 novembre. Un cours complémentaire sur des questions de psychiatrie d'actualité sera fait dans le courant de l'année et sera annoncé ultérieurement.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 heures.

TRAVAUX DE LABORATOIRE. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de MM. les chefs de laboratoire.

M. le professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie appliquée et expérimentale.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 16 *octobre.* — M. ARRACDON, Les intoxications par l'aniline. — M. MAILLEFER, Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose.

17 *octobre.* — M. L'HUILLIER, Les différents types de malades à bile noire. — M. COUFFON, Traitement de la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus compliquée de luxation du coude en arrière.

18 *octobre.* — M. PASCHETTA, Considérations sur le traitement par la radiothérapie profonde des fibro-myomes de l'utérus. — M. AUBIN, Etude des mensurations gastriques et des complications dans l'allongement vertical de l'estomac. — M. PALMER, Physico-pathologie des opérations sur le foie et vaisseaux hépatiques.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

20 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales. 3e bureau). Dernier delai d'inscription pour les candidats à la chaire de médecine opératoire, d'orthopédie, d'obstétrique à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales et pour les candidats aux places d'agrégé et de chef de service à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 OCTOBRE. — *Rouen.* Dernier délai d'inscription au secrétariat des hospices pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen.

20 OCTOBRE. — *Paris.* Office public d'hygiène sociale (9, place de l'Hôtel-de-Ville). Dernier délai d'inscription pour les concours de six médecins assistants des établissements de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

NOUVELLES *(Suite)*

22 Octobre. — *Alger.* Ouverture du concours pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Aïn-Temouchant.

22 Octobre. — *Oran.* Clôture de la liste d'inscription pour le recrutement d'un médecin suppléant du service d'électro-radiologie de l'hôpital civil d'Oran.

22 Octobre. — *Paris.* Institut Pasteur. XXIe Congrès d'hygiène. S'adresser à M. le Dr Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur.

22 Octobre. — *Marseille.* Hôtel-Dieu, 9 heures. Concours de l'externat des hôpitaux de Marseille.

22 Octobre. — *Paris.* Assistance publique, 17 heures. Concours pour la nomination à une place de médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

22 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat médical et du clinicat thérapeutique médical.

23 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat thérapeutique chirurgical.

23 Octobre. — *Paris.* Maison des centraux (8, rue Jean-Goujon). Réunion de l'Association française des femmes médecins.

23 Octobre. — *Lille.* Concours du professeur suppléant de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

24 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du clinicat obstétrical et du clinicat gynécologique.

25 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours du cliniact oto-rhino-laryngologique et du clinicat chirurgical infantile.

25 Octobre. — *Turin.* Congrès italien de médecine du travail.

25 Octobre. — *Lyon.* Dernier délai des candidatures pour le prix scientifique vétérinaire Chauveau.

25-28 Octobre. — *Béziers.* Congrès de la Société des médecins amis des Vins de France.

27 Octobre. — *Paris.* Asile Sainte Anne. Ouverture des conférences préparatoires à l'internat en médecine des asiles de la Seine. S'adresser à M. Tusques, salle de garde de l'asile clinique Saint Anne, 1, rue Cabanis.

27 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions des 1er et 2e trimestres.

30 Octobre. — *Milan.* Congrès de la Société de radio-neuro-chirurgie italienne.

31 Octobre. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre d'inscription pour la 1re inscription.

31 Octobre. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (5e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai pour les candidat res à une place d'auditeur au Consel supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des bactériologistes).

1er Novembre. — *Paris.* Société nationale de chirurgie. Dernier délai d'envoi des mémoires pour les prix de la Société de chirurgie (adresser les mémoires au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris-VIe).

1er Novembre. — *Paris.* Société de radiologie. Dernier délai d'envoi de documents pour les candidatures aux prix (envois à faire à M. Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart).

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

3 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) des hôpitaux de Paris.

5 Novembre. — *Paris.* Concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à 9 heures, à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

5 Novembre. — *Bordeaux.* Cours pour la préparation du diplôme de médecin colonial.

5 Novembre. — *Hanoï et Saïgon.* Concours pour les emplois de trois docteurs indochinois dans l'Administration de l'Indochine.

5 Novembre. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce, 9 heures. Concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé d'électro-radiologie et de professeur agrégé de chirurgie.

5 Novembre. — *Rouen.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen, à l'hospice général, à 16 h. 30.

5 Novembre. — *Angers.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

6 Novembre. — *Bordeaux.* Concours pour trois places de médecin adjoint de l'Assistance médicale à domicile au siège de l'administration, 63, rue du Loup.

8 Novembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 Novembre. — *Paris.* Institut Alfred-Fournier (25, boulevard Saint-Jacques). Assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale.

9 Novembre. — *Paris* Préfecture de police. Concours sur titres de médecin suppléant du service médical de nuit.

10 Novembre. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin-chef du service de neuropoychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

12 Novembre. — *Lyon.* Concours de médecin des hôpitaux de Lyon.

15 Novembre. — *Paris.* Ecole centrale de puériculture. Réouverture des cours à 16 heures, 5, rue Las Cases.

15 Novembre. — *Brest.* Concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie.

15 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

CHRONIQUE DES LIVRES

Le secret médical, par Georges JACOMET, docteur en droit, préface du professeur BALTHAZARD. Un vol. in-8° de 112 pages, 25 francs (*Gaston Doin et Cie édit., Paris*).

Il n'est pas de problème déontologique susceptible d'intéresser davantage le médecin que celui du secret médical, vieux comme la médecine.

L'auteur, qui est un juriste, dans une langue précise et claire qui ne sent jamais l'effort et le style d'école, analyse minutieusement cette question moins en érudit qu'en vulgarisateur. Il n'oublie pas néanmoins de terminer chacun de ses chapitres par un relevé limpide et judicieux des arrêts ou jugements qui font autorité en cette matière complexe.

Il examine sans en oublier une toutes les faces de la question, jusqu'au certificat prénuptial, y compris les déclarations obligatoires de la tuberculose et de la syphilis, problèmes d'un passionnant intérêt et auxquels, selon l'expression de l'éminent Doyen, l'auteur apporte toujours des vues originales susceptibles d'émouvoir et d'intéresser.

Un historique alerte et vivant, une étude sommaire des législations étrangères complètent ce livre attendu et réclamé par le public médical.

La haute fréquence en Stomatologie. Diathermie et diathermo-coagulation, Effluvation, Bistouri électrique, par M. DECHAUME, stomatologiste des hôpitaux. Préface du Dr J. CHOMPRET. Un volume de 122 pages (*Collection Médecine et chirurgie pratiques*), 20 francs (*Masson et Cie édit., à Paris*).

L'emploi de l'électricité est appelé de plus en plus à se répandre en stomatologie, les résultats en sont déjà fort intéressants. Le bistouri électrique d'abord offre dans bien des cas des avantages considérables, la diathermie permet d'obtenir des résultats thérapeutiques intéressants, les effets de la diathermo-coagulation, notamment pour les soins des gangrènes pulpaires et des granulomes radiculaires, permettent de constater des transformations heureuses des tissus.

Ce petit livre contient tout ce qui, dans l'état actuel de nos connaissances sur la haute fréquence, permettra au stomatologiste d'obtenir des résultats pratiques incontestables. La partie purement physique a été volontairement écourtée. Quant au maniement des appareils, l'auteur s'est borné à indiquer des directives générales, nécessaires à la compréhension des notices accompagnant chaque appareil.

Sécrétion interne et régénérescence, par N.-E. ISCHLONDSKY. Un volume in-8° de 350 pages, 90 francs (*Gaston Doin et Cie édit., Paris*).

Cette monographie expose les résultats obtenus par l'auteur et comporte trois parties :

La *première* comprend les recherches de laboratoire, chimiques aussi bien que biologiques, s'appuyant sur de nombreuses séries d'expériences systématisées relatives aux phénomènes de régénérescence de l'organisme animal.

La partie *principale* de l'ouvrage est consacrée à l'étude clinique du problème, basée sur des observations minutieuses, concernant l'action des substances stimulatrices embryonnaires sur l'organisme humain.

Cette partie clinique porte sur 450 cas dont un grand nombre est analysé en détails et accompagné d'une documentation extrêmement riche et complète.

La *troisième* partie résume les conclusions biologiques générales résultant des deux parties précédentes, et fait une analyse théorique approfondie du problème de la sénescence et de la régénérescence, en définissant les lois régissant ces phénomènes et en déterminant les perspectives du problème de la lutte contre la sénilité.

Justification des méthodes thérapeutiques homœopathiques, par C. DUHAMEL, ancienne interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 136 pages, 20 francs (*Gaston Doin et Cie édit., Paris*).

Le remarquable développement de la thérapeutique homœopathique qui s'est manifesté ces dernières années, vient d'avoir son écho à la Faculté de médecine de Paris sous la forme d'une thèse dont cet ouvrage n'est autre chose que la reproduction.

Quittant les dogmes nébuleux et les théories abstraites dans lesquels se sont souvent complu les défenseurs de la doctrine Hahnemannienne, il s'efforce, dans un style clair, d'établir sur des bases réellement et strictement scientifiques les méthodes homœopathiques.

Il nous montre l'homœopathie sous un jour nouveau, comme une thérapeutique essentiellement pratique, s'adressant à des cas concrets, à des affections aiguës ou chroniques parfaitement déterminées et classées dans le cadre nosologique habituel.

Il est de fait que jamais l'instant n'a été plus propice pour réhabiliter cette doctrine, puisque la majorité des acquisitions scientifiques modernes, dans tous les domaines, tend à établir le rôle prépondérant joué par les éléments infinitésimaux dans l'élaboration des processus biologiques.

Glandes endocrines. Métabolisme de l'eau et diurèse. Les œdèmes endocriniens. Etude clinique et expérimentale, par Léon LANGERON, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille; Marcel PAGET, professeur de chimie biologique à la Faculté libre de médecine de Lille, et Jean LEDIEU, interne des hôpitaux. Un volume in-8° de 280 pages avec tableaux, 40 francs (*Gaston Doin et Cie édit., Paris*).

Sous ce titre, les auteurs exposent les notions, cliniques et expérimentales, que nous possédons, des rapports entre

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

glandes endocrines d'une part, composition du sang, diurèse et œdèmes d'autre part ; dans ces glandes la thyroïde reste le « chef de file »; on peut lui associer le foie comme doué de la même action diurétique et lui opposer l'hypophyse et le pancréas, ceci étant évidemment un peu schématique.

En dehors de cette mise au point, ils apportent les résultats de leur expérimentation clinique et de leurs observations thérapeutiques, qui, tout en restant conformes aux idées classiques, les complètent sur certains points.

Il persiste naturellement beaucoup d'inconnues dans cette question et les auteurs concluent à la nécessité de nouvelles recherches ; mais leur ouvrage constitue comme un « bilan » actuel qui comme tel se recommande aux physiologistes aussi bien qu'aux cliniciens. Une abondante bibliographie termine le livre.

La Vie des filles, par le Dr Léon Bizard. Un volume in-16, 15 francs (*Editions Bernard Grasset, Paris*).

« Médecin de Saint-Lazare, médecin-chef du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police, voilà trente-cinq ans que devant une table d'examens je vois défiler de longues théories de filles, dont j'ai connu des centaines de mille, ayant à ce jour passé bien près de deux millions de visites ! Voilà sans doute un record que de longtemps personne ne me disputera .

« *La Vie des filles* n'est donc en aucune façon une œuvre d'imagination, mais au contraire une étude sincère et humaine d'un milieu très spécial où les victimes suscitant l'indulgence sont nombreuses, longuement et impartialement observées.

« Il semble que la force de préjugés hypocrites ait toujours empêché jusqu'ici de traiter de la prostitution — qui constitue cependant un fléau de première grandeur, — dans une œuvre s'adressant au grand public : j'ai pourtant voulu chercher à réaliser cette délicate entreprise. Je puis annoncer que j'ai écrit *la Vie des filles* sans pessimisme, en toute indépendance d'esprit, sans trop montrer de déformation professionnelle. Mon livre est comme une série de tableaux, dont les modèles, que j'ai tous connus, ont été pris dans le réel, exactement avec leurs tares nombreuses, mais aussi avec leurs quelques qualités.

« Comme je l'ai écrit dans mon « Avant-Propos », si *la Vie des filles* ne peut être taxée d'œuvre légère, elle n'est pas davantage un traité de morale.

« On ne saurait donc spécialement recommander de mettre un tel ouvrage entre les mains de vraies jeunes filles..., bien qu'il ne soit pas certain que cette lecture n'éveillerait pas chez quelques-unes de salutaires réflexions. »

Dr L. Bizard.

Au service de la santé publique, par Paul Garnal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, Préface de M. Justin Godardt, ancien ministre de la Santé publique. Un volume in-8° de 300 pages, 25 fr. (*Librairie Vigot frères*, 1934).

Dans ce volume, l'auteur étudie tous les problèmes que soulève l'organisation de la santé publique, et, s'appuyant sur l'expérience des dernières années, citant de nombreux documents, montre toute l'urgence d'une politique sanitaire nationale, d'une coordination des efforts, d'une harmonie entre les multiples domaines administratifs, politiques, sociaux et professionnels où doit intervenir cette politique sanitaire. Nul n'était mieux désigné que M. J. Godart pour présenter cet ouvrage dont il apprécie fort justement les qualités. C'est un livre vivant et actuel, dont certaines opinions peuvent être discutées, mais qui met bien en lumière les difficultés auxquelles se heurte l'organisation de la politique sanitaire.

L'idée directrice, par le Dr Naamé, introduction du Dr Ch. Fiessinger, membre de l'Académie de médecine. In-16 de 112 pages (1934), 12 francs (*Vigot*).

Dans un petit volume riche en idées intéressantes, M. Naamé étudie le problème de l'idée directrice dans le développement des êtres vivants. S'appuyant sur certaines des idées de Claude Bernard, remontant plus loin et étudiant l'évolutionnisme dans saint Augustin, évoquant l'opinion de quelques savants contemporains comme F. Houssay, l'auteur analyse la part du déterminisme et celle de l'idée directrice chez les êtres vivants. S'il ne peut arriver à des conclusions bien précises, du moins ces pages correspondent-elles, comme le dit Ch. Flessinger, « à ce besoin de satisfaire les curiosités d'un esprit qui ne se contente pas des apparences et aspire à la pleine lumière ».

L. P.

L'Annuaire médical et pharmaceutique des colonies et protectorats français. Édition 1934, 14° année. Prix : 25 francs, franco sur demande adressée à la *Société d'expansion médicale et pharmaceutique*, 55, rue d'Isly, à Alger, C. C. Postal n° 80-70 Alger.

Cet ouvrage, qui contient la liste exacte de tous les médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes de toutes les colonies, protectorats et pays à mandat français, rendra de précieux services à tous les laboratoires, fabricants de spécialités médicales ou pharmaceutiques, fabricants d'instruments de chirurgie, de radiologie et d'accessoires de pharmacie pour leur propagande directe et leurs rappels de publicité auprès du Corps médical et pharmaceutique colonial.

ART ET MÉDECINE

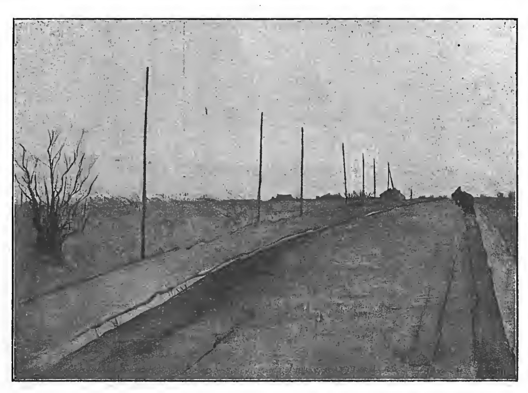
LA JEUNE PEINTURE FRANÇAISE

L'ÉCOLE DE LA RUE

Faire un tableau d'ensemble de la *Jeune Peinture française* est chose bien périlleuse aujourd'hui. Tels jeunes espoirs de l'après-guerre semblent s'être enlisés bien vite dans des « manières » fragiles dont ils ne pourront sortir ; tels autres ont gâché de beaux dons de peintre en multiples essais qui trop souvent furent des avortements ; tels autres encore n'ont pas suffisamment travaillé et, à l'approche de la quarantaine, sont incapables de réalisations sérieuses.

En général, la génération de l'après-guerre a manqué d'idées, sinon d'audace. Elle s'est contentée de tableaux de peu d'importance et d'un art dont la rue — et souvent les faubourgs populaires — lui fournissait les immédiats sujets. Aujourd'hui, l'on peut dire qu'elle compte quelques solides paysagistes dont certains resteront, mais qui feront difficilement figures de grands peintres. Ce sont, avant tout, des réalistes dont la sensibilité parfois s'exaspère, mais dont les œuvres ont un air commun de souffrance, pour ne pas dire de désespérance. Lorsque ces peintres s'essaient dans le portrait, ils nous donnent des figures d'ouvriers, d'enfants pauvres, de femmes du peuple, de malades qui attirent surtout notre pitié. On pourrait adresser à tous ces artistes le reproche qu'adressait déjà Théophile Silvestre à Gustave Courbet : celui de manquer d'imagination.

« Sans imagination, disait l'auteur des *Artistes français*, tout est, dans la vie, étroit, plat et morne ; il faut mourir ! Si quelquefois elle produit en nous des ravages et des malheurs extraordinaires, ces malheurs, ces ravages ont toujours quelque chose de grand et de sacré. L'amour de l'exactitude est le fond du caractère des paysans et des bourgeois boursicotiers, réalistes dans la force du mot, qui comptent juste, ne regardent pas les nuages et ramassent dans la boue les sols tombés de la poche percée des rêveurs. »



(Photo Bernès, Marouteau et Cie.)

Retour des champs, par Joseph Rossi (fig. 1).

On dit que la plupart de ces artistes manquent de culture, que leur art est d'expression primaire. Ce n'est point de leur faute. Beaucoup non plus, à leurs débuts, ne possédaient point un métier solide, appris auprès d'un maître. Ils ont dû se faire eux-mêmes, dans des conditions particulièrement difficiles parce que presque tous étaient désargentés. Il leur fallait exercer souvent une autre profession, accomplir mille besognes désagréables et périlleuses pour leur art, pour gagner maigrement leur vie et acquérir toiles et cou-

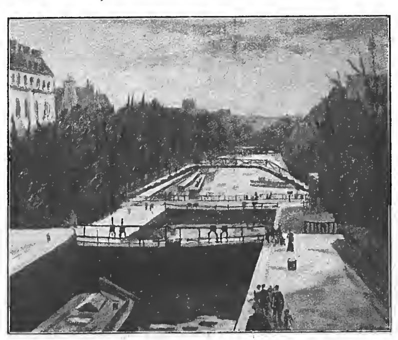
ART ET MÉDECINE *(Suite)*

leurs. Ils ont couru les académies de Montparnasse, pour copier le modèle vivant, ils ont fréquenté surtout les bords de la Seine, les quais du canal Saint-Martin, les boulevards désertiques et les rues pouilleuses où ils pouvaient travailler tranquilles. Venus du peuple, le peuple le plus misérable ne les rebutait pas, au contraire, on peut croire qu'il les attirait. J'ai dit qu'ils manquaient d'imagination, en ce sens qu'aucun d'eux n'a conçu de grands tableaux d'où se dégage une pensée souveraine, exaltante, comme s'en dégageait des tableaux des romantiques et de leur maître à tous : Eugène Delacroix. Mais je n'ai pas dit que leurs œuvres manquaient de poésie ; au contraire, une poésie semblable à celle dont sont imprégnés les admirables poèmes de Jehan Rictus baigne nombre de leurs tableaux.

Quand ils animent leurs paysages de Paris ou des banlieues proches, leurs personnages sont misérables. On devine des hommes au ventre creux, des femmes contraintes de trouver leur pain, fût-ce dans la boue ou la prostitution, des enfants qui ne joueront jamais, marqués au seuil de l'existence par le malheur.

Et remarquez que ce malheur que leurs personnages portent en eux semble se répercuter douloureusement dans l'œuvre de ces peintres. Entre des murs lépreux, gris, sales, rouillés, derrière lesquels quelques bâtisses branlantes s'abritent, quand ce ne sont pas des ateliers d'usines, passent des convois de pauvres, ou des enfants encapuchonnés sous la pluie, petites silhouettes noires aussi tragiques que celles des agents. Des filles aussi, lugubrement, rôdent près des poternes que la pioche a jetées bas et qui ne sont plus déjà que des souvenirs pour nous...

On chercherait en vain dans leurs tableaux quelques évocations de belles journées printanières, avec des arbres verts, des arbustes en fleurs. Quelques pots de géranium sur un bord de fenêtre plaquent une tache de sang dans une atmosphère de crime, et c'est tout. Les arbres de leurs paysages ont été décapités. A peine quelques feuilles verdissent-elles les troncs noirs de platanes transplantés ou meurtris, ou encore la ramure de marronniers mourants. Ces artistes ont porté dans leur cœur le deuil de leurs camarades tués à la guerre. Leur œuvre semble ne pouvoir s'échapper de cette teinte de suie, de grisaille, qui doit avoir pour eux un goût de cendre.



(Photo Marc Vaux.)

Le canal Saint-Martin, par Antral (fig. 2).

On a souvent voulu représenter ces peintres comme des successeurs, des suiveurs d'Utrillo. C'est une erreur profonde. A Montmartre, ils ont demandé quelques coins pittoresques, mais le motif dans une œuvre ne compte que pour peu de chose. Et les rues d'Utrillo sont autrement colorées et joyeuses ! Ce serait prendre un tableau pour son apparence que de persister dans pareille confusion.

La ressemblance artistique n'existe pas, seul l'aspect graphique peut prêter à cette confusion regrettable qu'une critique partiale ou hâtive a

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

contribué à accréditer. Préjudice souvent conscient porté à des peintres personnels jusque dans leurs tics les plus désagréables à l'œil.

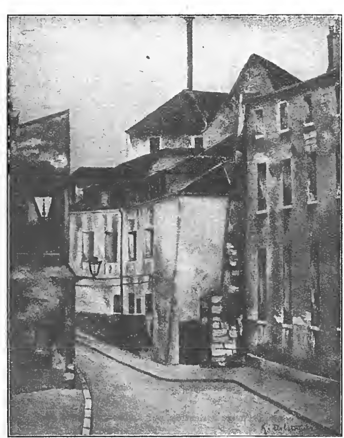
Trois d'entre eux, Leprin, Mallia et Rossi, sont morts. Mort aussi le puissant Loutreuil qui avait fondé l'École du Pré-Saint-Gervais et qui, outre des paysages intéressants, avait peint, avec une conscience digne d'éloge, quelques robustes académies féminines.

Leprin restera comme un peintre sensible, moins ennemi de la couleur que nombre de ses camarades. Il portait dans ses yeux le souvenir du soleil de Marseille. Attaché surtout au pittoresque des rues escarpées de Montmartre et de Ménilmontant, il savait les égayer de personnages plus ou moins équivoques. On lui doit aussi quelques scènes de bars et de très lumineuses natures mortes. Ses *Moulins de la Galette* resteront longtemps dans la mémoire et l'avenir les retrouvera à Carnavalet, comme des témoignages d'un Montmartre d'un autre âge à tout jamais disparu.

Dans l'après-guerre, René Mallia passa comme un météore. Graveur au burin, à la suite d'une pénible opération chirurgicale, il s'était lancé à quarante ans dans la peinture. Peintes au couteau, ses toiles, dont les meilleures représentent des bords de Seine, des berges de Paris aux quais du Havre, sont empreintes à la fois de poésie doucereuse et de nostalgie. Un amour des grisailles, des fumées d'usine, des dégels aux neiges souillées, et surtout des grands horizons peuplés de carcasses de navires se dégage de son œuvre dont la tristesse s'apparente à sa destinée. Il n'aura pas eu le temps de donner toute sa mesure.

Non plus Joseph Rossi dont la fin tragique, au cours d'une baignade en Marne, arrêta brusquement l'essor. Celui-là n'avait d'autre ambition que de représenter, en une pâle couleur, le spectre des ouvriers des champs, écrasés par des ciels de plomb. Une immense pitié baigne son œuvre, douloureusement conçue et accouchée péniblement. Ses grisailles qui font songer à certains Raffaelli, ses dessins au crayon si proches de métier de ceux des enfants, sans artifice, nous content la peine des hommes et des bêtes. L'œuvre de Rossi est marquée par une détresse incroyable et par une accablante désolation.

Parmi les vivants de cette pléiade de peintres de la rue, le plus robuste, le plus complet, celui dont l'œuvre, par paliers lents, progresse en qua-



(Photo Poplin.)

La ruelle des Gobelins (1928), par Germain Delatousche (fig. 3).

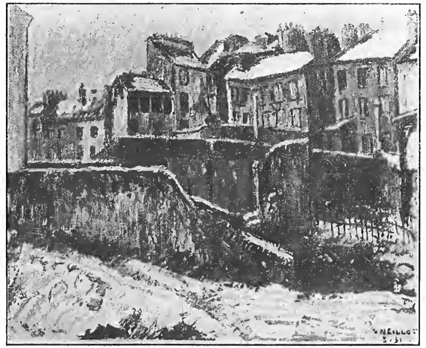
lité artistique, est Louis-Robert Antral. Travailleur obstiné à parfaire son métier — au début un peu fruste, — Antral, qui avait travaillé quelque temps le dessin avec Bernard Naudin et la peinture avec Maximilien Luce, a développé en profondeur sa personnalité. Aujourd'hui, il représente une des saines valeurs de la jeune peinture française. On pouvait lui reprocher une certaine sécheresse de vision qu'accentuait souvent un dessin arbitrairement dépouillé, rigide, sur lequel il étendait des couleurs froides, à l'huile ou à l'aquarelle. Il restera, n'en doutons pas, comme un des plus sensibles peintres du Paris faubourien d'après-guerre. Mais depuis quelques années, des voyages en Italie, en Bretagne, au Havre, en Belgique, ont permis à L.-R. Antral d'étudier plus à fond l'atmosphère, de s'intéresser au jeu des lumières et des reflets, notamment dans les ports de commerce et de pêche. Il a traduit l'industrialisation de ces ports avec force, ne recherchant pas la joliesse conventionnelle des sites marins, mais plutôt leur aspect moderne qu'il accuse dans ses tableaux par la présence de grues, de ponts transbordeurs, d'entrepôts aux architectures géométriques, le tout baignant par contraste dans une lumière douce ou s'enveloppant dans des ciels d'orage, tourmentés par le vent du large. C'est un des rares peintres ayant le sens des temps de pluie.

Un autre artiste dont la vie entière a été consacrée à peindre la rue et tout particulièrement la vieille rue de Paris est Germain Delatousche.

Son art est simple, sensible et parfois poignant, mais à la longue devient monotone. Delatousche, parti d'une peinture lourde et colorée à l'époque du Montmartre d'après-guerre et de la *Vache enragée*, est arrivé à un amour des grisailles que d'aucuns considèrent comme excessif. La finesse des modulations qu'il emploie pour différencier des tonalités très proches est remarquable. Rarement peintre employa plus habilement la gamme des gris et des ocres que l'on peut déceler sur les vieilles murailles. Ses maisons vétustes, découvertes dans les quartiers populaires et tout particulièrement dans le XIIIe arrondissement, sont peintes avec un véritable amour. Leur pittoresque est accusé sans excès par quelque tache heureuse de couleur, par quelque réverbère antique, qui rappelle le temps des quinquets, par quelques boutiques aux raisons sociales indigentes. Les hôpitaux l'ont aussi tenté avec leurs murs désespérants et leurs pavillons qu'égaie parfois une verdure printanière.

L'hôpital Broca, l'hôpital Ricord, la Maternité ont ainsi trouvé leur peintre en celui de la rue Croulebarbe, des Gobelins et de la ruelle des Reculettes.

Germain Delatousche, pourtant gai compagnon,



(Photo Maurice Poplin.)

Paysage de neige à Gentilly, par Louis Neillot (fig. 4).

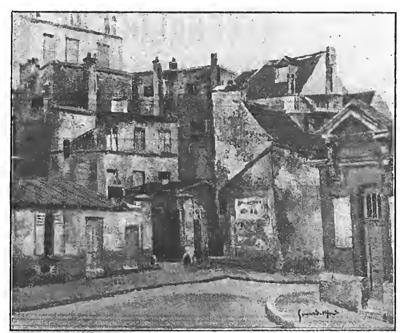

APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE,
INOFFENSIF, SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
Poudre
Clonazone
Daufresne
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS _ LE HAVRE

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

donne une œuvre marquée par la tristesse. Rarement il anime ses tableaux de personnages. Ses rues sont toujours désertes ; il n'y piaille pas un oiseau, il n'y rôde pas un chat, il n'y erre pas un chien, et les enfants des hommes semblent les fuir pour respirer un air moins empoisonné sur les boulevards proches.

Devant ses œuvres, à Carnavalet, dans un siècle, on comprendra encore les raisons qui déterminent nos édiles à jeter bas tant de vestiges d'un Paris lugubre qui s'écroule.

Il faut faire également place à quelques autres peintres de cette génération dont l'apprentissage se fit dans la rue. A Louis Neillot, par exemple, sages de Seine sous des ciels fuligineux. Son métier de décorateur l'incline à s'exprimer sur de grandes surfaces, souvent avec une fougue un peu trop débordante. Andrey-Prévost aime Paris et ses rues pittoresques. Il a peint d'assez intéressants effets de neige, mais c'est un peintre au talent inégal qui semble se satisfaire de peu ; Serge-Henri Moreau restera comme le peintre de la zone et des fortifs aujourd'hui démolis. Il en a donné les nombreux aspects avec une précision parfois trop documentaire. Son goût des tonalités jolies apparaît dans ces paysages de désolation comme une dépravation et est souvent fort choquant. Girard-Mond est un paysagiste robuste



(Photo P. Delbo.)

Rue Corvisart, par Girard-Mond (fig. 5).

qui partage son temps entre son Bourbonnais natal et la proche banlieue ouest et qui s'est révélé un bon peintre de Meudon, Bagneux, Issy-les-Moulineaux, Châtillon, dont il a su rendre l'aspect verdoyant en une pâte triturée et agressivement lourde. Aussi des boulevards extérieurs aux confins du quinzième arrondissement et du chemin de fer de ceinture, entre Vaugirard et Grenelle, qu'il aime peindre par temps de neige ou de froidure. Ce jeune peintre, qui tout comme Antral a obtenu la Bourse Blumenthal, s'élève parfois jusqu'à la figure dont il accuse avec raideur les gestes et l'anatomie. Ses portraits d'ouvriers au labeur l'ont fait classer parmi les artistes prolétariens.

D'autres encore :

Jean Lugnier brosse avec cœur de grands paysages qui sait dessiner. Il traite ses tableaux au couteau avec un juste sens des harmonies colorées. Indépendamment de quelques paysages de Normandie et de banlieue qui ont fait penser à Paulémile Pissarro, on lui doit de nombreux coins de Montparnasse et de Montrouge. C'est un grand sensible qui n'a pas encore trouvé à s'extérioriser pleinement.

Dans cette école de la Rue on pourrait également comprendre de Bouville, Louis Moreau, André Claudot et même Quizet qui ont peint des coins de zone, des anciennes rues de Montmartre, des bords de Seine et du canal Saint-Martin, comme on pourrait y adjoindre Auguste Clergé qui, lui, possède beaucoup d'imagination mais dont le métier est souvent agressif, Ithier qui est un reflet appuyé de Germain Delatousche,

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

Oguiss truculent peintre des boutiques de papetiers, Cresson qui s'est voué depuis quelques années à la peinture des travailleurs, mais ce serait lui donner beaucoup d'extension.

Il serait plus juste, encore que ces peintres possèdent des tempéraments de coloristes plus accusés, d'y englober des artistes abondants tels qu'Elisée Maclet et Lucien Génin qui se sont formés tout seuls et qui ont consacré le plus clair de leur temps à la peinture du vieux Montmartre à l'agonie et de la rue parisienne.

GEORGES TURPIN.

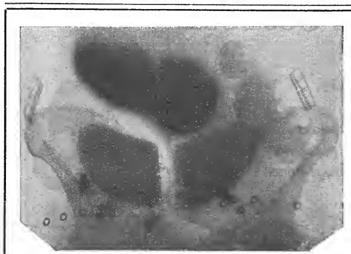
VARIÉTÉS

TABAC

L'Institut allemand du Tabac, à Forchheim, cherche à développer la culture de plants à faible teneur en nicotine. On y a étudié spécialement les effets nocifs de la nicotine sur l'organisme, et le Dr Strooman a communiqué les résultats de ces travaux à la Société médicale de Francfort-sur-le-Mein.

La nicotine est un poison qui irrite et stimule le système nerveux d'une part, puis le paralyse. Si l'on use d'une bonne sorte de tabac, et si l'on évite les mauvaises habitudes du fumeur : avaler la fumée, répéter les doses, filtrer la fumée dans le jus qui l'enrichit de 11 à 13 p. 100 de nicotine, l'effet stimulant prévaut généralement. Par exemple, le tabac favorise la digestion ; il excite la secrétion de l'épiphédrine et influence favorablement la circulation ; par action psychique, il combat le surmenage, la mauvaise humeur et la fatigue.

Dans la désintoxication, le foie joue une part prépondérante. Dans l'intoxication chronique, le cœur et les vaisseaux sont les plus généralement touchés. Le professeur Rein, de Gottingue, a donné une explication satisfaisante de l'action nocive du tabac sur les coronaires, que l'on constate chez 28 p. 100 des fumeurs. Le tabac, dit-il, provoque chez le chien une vasoconstriction indiscutable des coronaires. D'autre part, on sait depuis



VARIÉTÉS *(Suite)*

longtemps qu'il augmente la pression artérielle, avec renforcement des contractions cardiaques. Obstruction des coronaires, et travail intensif du muscle cardiaque, ces deux choses sont incompatibles.

On a constaté une fréquence plus grande du cancer des bronches chez les fumeurs, ainsi que des gastrites ou des ulcères gastriques, notamment chez les fumeurs jeunes.

Le tabac amène un degré d'ailleurs négligeable de glycémie, mais accélère le métabolisme basal par excitation du corps thyroïde.

J'espère que ces constatations seront agréables à la fois aux adversaires du tabac et à ses amateurs.

LA MÉDECINE A FORFAIT EN AMÉRIQUE

La médecine à forfait (*contract practice*) a toujours été considérée par les médecins américains comme un anathème sur la profession. Mais l'évolution des mœurs a amené dans des proportions tous les jours plus grandes la formation de cliniques ou de centres de soins basés sur le forfait, et qui, en tout cas, ne tenaient aucun compte de la conception individuelle de la médecine chère aux traditionnalistes.

L'American medical Association avait nettement condamné la *contract practice* dans ses *Principles of medical Ethics*, fondement del a déontologie aux États-Unis. Mais, dans la dernière session de Cleveland (1933), le Comité judiciaire de l'Association requit une interprétation plus large des contrats entre médecins et profanes, et il fut décidé qu'on ajouterait aux *Principles* les paragraphes ci-dessous :

Par le terme *contract practice*, on entend les accords entre un médecin ou un groupe de médecins, comme directeurs ou employés, et une société, une organisation ou une personne, pour fournir un service médical partiel ou total à un groupe ou à une classe d'individus pour une somme fixe ou *per capita*.

La *contract practice* n'est pas incorrecte en soi. Toutefois, elle peut devenir incorrecte, si elle ne respecte pas certaines obligations parmi lesquelles sont les suivantes : 1° si elle comporte le racolage des clients ; 2° si le contrat n'est signé qu'à des prix de rabais ; 3° quand la rétribution ne correspond pas au taux nécessaire pour assurer un service médical normal ; 4° quand il empêche la concurrence désirable entre les praticiens de la localité ; 5° quand le libre choix du médecin est supprimé ; 6° quand

VARIÉTÉS *(Suite)*

les conditions du travail rendent impossible pour le médecin d'exercer son métier convenablement ; 7° quand le contrat, dans sa teneur, ou dans ses résultats prévus, est nuisible à la santé publique.

Chaque contrat doit être considéré sur ses propres mérites et du point de vue de son application, et le jugement ne doit pas être influencé par des résultats immédiats temporaires ou locaux. Pour décider s'il est correct ou incorrect, il faut avant tout examiner s'il est bon ou mauvais pour la santé publique.

Une des méthodes les plus blâmables, pour les praticiens, était la publicité, généralement faite par des agents peu familiers avec les règles de la profession. La publicité est strictement défendue aux médecins américains ; pour condamner la publicité des cliniques, il a donc suffi de faire remarquer que les règles qui gouvernent un groupe de médecins sont exactement les mêmes que celles qui gouvernent les individus.

Mais il a fallu surtout s'élever contre l'exploitation des médecins par des industriels qui exigeaient d'eux d'abandonner une part de leurs honoraires. L'Association américaine, sur ce point, a été farouche :

Il est au-dessous de la dignité du médecin, déloyal envers ses confrères, dangereux pour la profession et pour la nation, et contraire à la saine morale, qu'un médecin dispose d'une partie du salaire normalement gagné au bénéfice d'un individu ou d'un corps organisé.

Nos confrères d'Amérique se laisseront-ils déborder par l'industrialisation de la médecine ? L'absence de législation fédérale d'assurance contre la maladie laisse le champ libre à mainte expérience, honnête ou regrettable, pour garantir les populations contre le risque de maladie. Mais on voit que l'Association américaine, comme nos syndicats, devant les mêmes menaces, et selon les mêmes idées, combat toute nouveauté dangereuse au nom du public même dont la médecine, jusqu'à présent, défendait la santé.

DÉPOPULATION DES ÉTATS-UNIS

En 1933, il y eu aux Etats-Unis 2 064 944 naissances, ou 16,4 p. 1 000 habitants, au lieu de 17,4 p. 1 000 en 1932 ; c'est le chiffre le plus bas qui ait été enregistré depuis l'origine des statistiques.

L'État de New-York tient la tête pour la nata-

(Suite à la page IX.)

VARIÉTÉS *(Suite)*

lité brute ; c'est d'ailleurs le plus peuplé des États.

Mais le taux le plus élevé de natalité pour mille est atteint par le New-Mexico, État catholique et de population espagnole et indienne ; et d'une manière générale les États du Sud, ruraux et peuplés de nègres et d'Indiens, font le plus d'enfants. Le moins prolifique est la Californie, l'éden des États-Unis, qui n'a que 12,4 enfants p. 1 000 habitants.

La mortalité au dessous d'un an est élevée : 58,2 p. 1 000 au lieu de 57,6 en 1932.

Elle varie beaucoup selon les États. Ceux du Sud, avec leur population noire et indienne, donnent des chiffres énormes : 134 p. 1 000 en New-Mexico, 111,4 en Arizona. Les taux les plus favorables sont ceux de l'Oregon, 38,9 p. 1 000 et de Washington, sur le Pacifique, 39,3.

LE SWEEPSTAKE IRLANDAIS

Les sommes recueillies par les hôpitaux d'Irlande, au moyen de cette asticieuse « poule », montent à près de 15 millions de livres, ou environ 115 millions de francs, sur lesquelles les preneurs de billets ont reçu 9 millions de livres, soit 70 millions de francs. Frais déduits, il est resté pour les hôpitaux irlandais la coquette somme de 19 millions de francs.

Depuis la fondation de ces sweepstakes, ils ont ainsi bénéficié de 247 millions de francs. Les hôpitaux irlandais ne savent trop que faire de tout cet argent, pour un pays de 3 millions d'habitants. Ils en seront réduits, vraisemblablement, à créer un fonds de recherches très bien doté.

Leurs voisins, les Anglais, dont les besoins sont grands, sont très mécontents du sweepstake irlandais ; en effet, les deux tiers des billets ont été placés en Angleterre. Il est donc question de renforcer la loi qui défend les loteries, d'interdire la publication du nom des gagnants, le colportage et la vente des billets. Les autorités hospitalières anglaises, en tout cas, se refusent à envisager, pour subvenir aux besoins des hôpitaux publics ou privés, l'organisation d'une loterie analogue à celle qui réussit si bien aux Irlandais, mais que la morale anglaise tient pour absolument immoral,

PH. DALLY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1934.

Deuil national. — M. le PRÉSIDENT associe l'Académie au triple deuil qui vient de frapper la France.

Dans des termes émus, il salue la mémoire du roi Alexandre de Yougoslavie et de M. Louis Barthou, victimes de l'abominable attentat de Marseille. Il s'incline aussi devant le grand serviteur de la patrie que fut M. Raymond Poincaré.

La séance est suspendue en signe de deuil.

Notice. — A la reprise de la séance, M. Regaud lit une notice nécrologique sur Mme CURIE.

Le contrôle médical de l'éducation physique et des sports au Congrès de Chamonix. — MM. CARNOT et LATARGET rendent compte des travaux du Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports, qui vient de se tenir à Chamonix.

Au cours de ce Congrès, différents vœux ont été votés. Il faut signaler en particulier ceux qui suivent :

« 1° Une éducation physique effective, journalière et contrôlée médicalement, est une nécessité pour la jeunesse des deux sexes, en vue du développement de l'individu et de la race, et comme une des mesures les plus efficaces de prophylaxie.

2° Les ministères compétents ont le devoir de réaliser et de développer au plus tôt, dans les écoles primaires, dans les lycées et dans les écoles d'enseignement supérieur, une éducation physique, trop souvent encore inexistante, irrégulière et dépourvue de sanctions.

3° Il est souhaitable que des épreuves cotées d'éducation physique soient rendues obligatoires aux examens de fin d'année et de fin d'études, comme cela existe déjà pour les concours de certaines grandes écoles, telles que Polytechnique et Saint-Cyr.

4° Un contrôle médical individuel de cette éducation physique, scolaire et postscolaire est indispensable, afin d'en éviter les inconvénients et d'en diriger l'orientation. Ce contrôle doit être exercé par les médecins scolaires, par les médecins des lycées ou des grandes écoles à l'examen desquels sont soumis tous les élèves paraissant aux maîtres, aux moniteurs, aux assistantes scolaires, inaptes à cette éducation ou fatigués par elle, ou exigeant des soins spéciaux.

5° Le contrôle médical, indispensable à l'école, l'est bien davantage encore pour la sélection, l'entraînement et la compétition sportives. Il doit être rendu obligatoire dans tous les groupements sportifs, organisés par eux, mais sous leur responsabilité.

6° Ce contrôle devra être assuré par des médecins indiscutablement compétents :

Dans les Facultés et les Écoles de médecine, dans les Instituts d'éducation physique qui leur sont rattachés, un enseignement spécial sera organisé, s'il n'existe pas encore, donnant lieu à un diplôme de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. Avec toutes les mesures de transition nécessaires, ce diplôme sera exigé des médecins des écoles, de l'armée, de la marine, des colonies, des médecins autorisés de clubs et fédérations sportives.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

7° Toute licence, nationale ou internationale, en vue d'une compétition sportive ne sera accordée que sur présentation des conclusions favorables d'un examen médico-sportif, sans divulgation de diagnostic établi par un médecin autorisé.

8° Il est demandé instamment aux ministres compétents ainsi qu'aux fédérations sportives d'organiser au plus tôt ce contrôle médical, dont le but est d'augmenter la pratique de l'éducation physique et des sports et leur rendement, tout en évitant les accidents dus parfois aux excès sportifs des jeunes gens non surveillés. »

Fièvre typhoïde. Coquillages, mazout. — MM. LOIR et LEGANGNEUX (du Havre). — Quelques cas de fièvre typhoïde s'étant produits au Havre, l'enquête permit de se rendre compte qu'ils étaient dus à la consommation de coquillages mangés crus.

Le mazout, qui est répandu de plus en plus dans tous les estuaires de nos fleuves, ne tue pas les coquillages, mais les met dans un état de moindre résistance physiologique. Lorsqu'on ajoute dans l'eau de ces coquillages en contact avec le mazout, une semence de microbes de la fièvre typhoïde, il se produit une pullulation rapide de ces microbes, et lorsque le coquillage est absorbé cru, il n'est pas étonnant que la maladie survienne.

Il faut donc recommander de faire cuire les coquillages avant de les consommer.

Influence de l'exercice sur le métabolisme. — MM. GUY LAROCHE, DE CHAISEMARTIN, A. GRIGAUT. — Le médecin commandant de Chaisemartin rapporte, au nom de ses collègues et en son nom personnel, les résultats des recherches concernant les variations de la composition chimique du sang sous l'influence de l'exercice.

Ces recherches portèrent sur vingt et un stagiaires de l'École supérieure d'éducation physique de Joinville, dont les âges s'échelonnaient entre trente-sept et cinquante-quatre ans, qui, durant six semaines, se livrèrent à des exercices variés et suivirent un entraînement hygiénique méthodiquement conduit.

Les examens du sang furent pratiqués le lendemain de l'arrivée à l'école de Joinville et la veille du départ : les taux de la cholestérine, de l'urée, de l'acide urique retinrent seuls l'attention.

Neuf sujets présentaient un taux élevé de cholestérine lors du premier examen. Ces taux anormaux diminuèrent avec un ensemble impressionnant, à tel point que presque tous revinrent au chiffre considéré comme moyen.

De notables améliorations furent également constatées dans les proportions de l'urée et de l'acide urique sanguins.

En somme, un certain nombre de ces stagiaires ne pouvaient être considérés à proprement parler comme des malades, mais présentaient un état réel de déséquilibre en ce qui concernait le métabolisme des graisses, des lipides et des produits azotés.

Or, bien qu'aucun régime alimentaire spécial n'ait été institué, ni aucun produit médicamenteux administré, l'équilibre s'est rétabli dans la plupart des cas ; il semble donc logique d'admettre que l'exercice a exercé un véritable pouvoir régulateur dans des organismes chez lesquels le métabolisme présentait une tendance fâcheuse à se troubler.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 19 octobre 1934.

Hydronéphroses méconnues. — MM. PR. MERKLEN et BILGER rappellent combien souvent passent inaperçues les hydronéphroses. Il n'est pas rare que des sujets soient opérés d'appendicite sans en ressentir d'amélioration par suite de confusion avec l'hydronéphrose ; il en est de même pour certains états génitaux féminins et pour des états digestifs ou vésiculaires. Qu'elle se présente sous forme de douleurs abdominales subcontinues ou intermittentes, ou sous forme de grandes crises, l'hydronéphrose ne donne pas toujours lieu à des signes fonctionnels susceptibles d'orienter le médecin. C'est surtout alors que la pyélographie, qui dessine les contours du calice et des bassinets, permet de réformer des diagnostics erronés ou de donner corps à des diagnostics imprécis.

Oblitération embolique de l'aorte terminale. Le rôle des coagulations secondaires dans la production de l'ischémie sous-jacente. — M. LANGERON (Lille) dans un cas d'ischémie progressive des membres inférieurs chez un malade atteint de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique, a observé une embolie de l'aorte terminale. Il rapporte les symptômes d'ischémie à une oblitération partielle complétée secondairement par des coagulations secondaires. Ce fait souligne les difficultés du diagnostic entre embolie et thrombose par artérite.

Syndrome de déshydratation avec chloropénie et azotémie artificiellement provoqué et entretenu. — MM. PR. MERKLEN, H. GOUNELLE et A. ADNOT rapportent l'histoire d'une malade qui souffrait depuis un an de diarrhées ; c'est que, hantée par l'idée de constipation, elle absorbait en cachette jusqu'à 18 et 20 pilules laxatives par jour. Elle fut amenée à l'hôpital déshydratée et tellement affaiblie qu'elle perdit connaissance. Intolérance gastrique avec rejet immédiat des aliments ; selles liquides, verdâtres et fétides. Abaissement du chlore plasmatique à 3,18 et du globulaire à 1,50 ; azotémie à 0,45 et 0,60. Amélioration clinique relative par la chloruration ; mais, après s'être un peu relevés, le chlore plasmatique redescend à 2,58 et le globulaire à 1,36, avec azotémie à 0,98. Reprise du sel ; nouvelle phase d'amélioration et d'ascension, qui n'empêche que bientôt le premier tombe de nouveau à 3,38 et le second à 1,42 ; azotémie 0,24. Mais, sitôt découverte, la supercherie de la malade, la chloruration associée à la suppression de la cause aboutit à la pleine guérison clinique et biologique, qui se maintient depuis trois ans. Ce fait offre un véritable intérêt expérimental.

Nécessité d'une technique et d'une interprétation précises de la réaction de Chopra pour le diagnostic du kala-azar. — MM. D'ŒLSNITZ et RONCHÈSE (Nice) insistent notamment sur une *fausse réaction* qui peut s'observer chez des sujets indemnes de kala-azar, mais qui présente des caractères assez particuliers pour permettre d'éviter la confusion.

Renseignements fournis par la radiokymographie dans quelques « épreuves » fonctionnelles du cœur. — MM. DELHERM, BORDET, THOYER-ROZAT et FISCHGOLD, qui s'occupent depuis quelques années de l'enregistrement des battements cardiaques par la radiokymographie, ont

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

inscrit les courbes ventriculaires à l'occasion de plusieurs épreuves fonctionnelles.

Le réflexe oculo-cardiaque détermine une hypotonie diastolique, avec augmentation de la puissance contractile du ventricule.

L'épreuve de Valsalva réalise l'expression des cavités ventriculaires.

A l'occasion de l'épreuve du nitrite d'amyle, les auteurs ont inscrit un arrêt total du cœur pendant quatre secondes et demie.

Fibro-adénie, sclérose pulpaire et macrophagie dans une splénomégalie cirrhogène hémorragipare. — MM. Laignel-Lavastine et Amour F. Liber présentent des coupes de foie et de rate de la malade montrée ici-même avant sa splénectomie et qui va actuellement très bien.

La rate présente à la fois la fibro-adénie à prédominance folliculaire de Banti et des lésions rappelant la sclérose pulpaire hypertrophique de Gaucher, deux altérations qu'il est classique d'opposer.

Le foie présente une cirrhose banale à la période interinsulaire.

Le stade relativement précoce de la cirrhose concorde avec l'évolution clinique pour indiquer que l'hépatite a suivi la splénite. D'où la légitimité et l'utilité de la splénectomie.

Abcès du foie multiples à staphylocoques dorés. Évolution torpide, apyrétique et prolongée. — MM. Noel Fiessinger, Bernard Desplas et Robert Messimy rapportent l'observation d'un abcès du foie à staphylocoques, qui, contrairement aux observations récentes de Marcel Labbé, R. Boulin et G. Dreyfus, de P. Carnot et Cachera, évolua sans fièvre, mais avec cachexie lente et progressive, pendant, semble-t-il, plus d'une année, à la suite d'une pleurésie suppurée opérée et guérie deux ans auparavant.

La ponction fit retirer un pus fortement cytolysé, infecté uniquement par du staphylocoque doré. L'opération ouvrit un abcès polyglobé du foie. Pendant un certain temps, une amélioration importante se produisit, mais un autre abcès se montra en juillet au niveau de la rate. Il ne fut pas incisé et le malade succomba chez lui.

Les auteurs insistent sur la torpidité de cette infection à staphylocoques, la température ne dépassant pas avant l'opération 37°,9 le soir. Ils en discutent les raisons et rappellent l'interprétation de Pierre Delbet qui suppose dans ces cas l'existence d'une vaccination partielle antitoxique et non anti bactérienne. De fait, le sérum de ce malade ne contenait aucune immunisine bactérienne, mais seulement, autant qu'on peut l'affirmer, une agglutinine pour le staphylocoque.

Flutter auriculaire durant dix années avec crises angineiformes provoquées par des accès de tachysystolie ventriculaire. — MM. Roch, Fr. Sciclounoff et P. Duchosal. — Un homme de cinquante-sept ans souffrait depuis dix ans de crises douloureuses prolongées, survenant chaque fois que le flutter auriculaire imposait son rythme rapide aux ventricules.

Un traitement par de fortes doses de digitaline put momentanément ramener un rythme normal et une amélioration subjective remarquable.

L'autopsie montra l'intégrité des coronaires et des lésions cicatricielles de myocardite ancienne, lésions intéressant le faisceau primitif en plusieurs endroits.

Endocardite pneumococcique greffée sur la lésion congénitale du cœur. — MM. Ch. Aubertin, Robert Lévy et Lévy-Bruhl rapportent l'histoire d'une endocardite pneumococcique développée chez un sujet porteur d'une communication interventriculaire diagnostiquée et suivie depuis plusieurs années ; la maladie se traduisit par une fièvre irrégulière, des éruptions polymorphes et purpuriques, de l'insuffisance cardiaque sans modification des signes stéthoscopiques antérieurs ; le diagnostic fut fait par l'hémoculture.

Les végétations siégeaient à la fois sur la tricuspide et sur le bord droit de l'orifice interventriculaire, son bord gauche étant indemne. Le pneumocoque fut retrouvé au niveau des végétations. Il s'agissait d'un pneumocoque I particulièrement virulent et produisant *in vitro* une toxine soluble active chez la souris, le cobaye, le lapin et le pigeon.

Ce fait est un nouvel exemple d'endocardite infectieuse greffée non sur une lésion valvulaire ancienne, mais sur une malformation congénitale ; il est toutefois permis de penser qu'ici, le fait essentiel est l'atteinte tricuspidienne (relativement fréquente dans l'endocardite pneumococcique), la propagation à l'orifice interventriculaire étant un phénomène secondaire.

M. Grenet a observé un cas analogue d'endocardite à pneumocoque II greffée sur une sténose congénitale de l'artère pulmonaire.

Les Wassermann irréductibles (influence des traitements insuffisants ou tardifs). — MM. A. Tzanck, J. Pautrat et E. Sidi relèvent 47 cas de Bordet-Wassermann résistants ou irréductibles.

Ils montrent que tous concernent des malades insuffisamment traités ou trop tardivement reconnus. Aucun d'entre eux ne concerne un syphilitique traité régulièrement depuis le début de sa maladie.

Dans 6 cas de syphilis conjugale, le Bordet-Wassermann irréductible ou résistant concerne le conjoint le plus tardivement traité.

Ces faits viennent à l'appui de la théorie classique qui exige pour la syphilis un traitement aussi précoce que possible.

En plus de la notion fondamentale qui se dégage de leur étude et qui souligne l'importance de la précocité du traitement de la syphilis, les auteurs insistent sur un certain nombre de points :

1° La plupart de ces malades ont bien supporté le traitement. Ce n'est donc pas l'impossibilité de traiter qui a été à l'origine des Bordet-Wassermann irréductibles. Au contraire, comme pour l'érythrodermie, d'autres intolérances (rénale par exemple), semblent avoir heureusement influencé le Bordet-Wassermann.

2° Aucune thérapeutique ne s'est montrée très efficace en pareil cas :

Ni l'hyposulfite (un seul succès) ;

Ni l'or (une amélioration passagère) ;

Ni la malariathérapie.

3° La poursuite intensive de médications antisyphilitiques s'est également montrée inopérante.

Il est à noter que ces malades ayant reçu des traitements bismuthiques très supérieurs et plus prolongés que

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

les malades normaux n'ont pas, après quatre ans, présenté un chiffre d'azotémie supérieur à la normale.

M. MARCEL PINARD croit aussi à l'importance des traitements tardifs et insuffisants. Il pense qu'il y a avantage à associer les extraits hépatiques ou les cholestérols ; la ponction lombaire explique souvent cette résistance.

M. GRENET cite le cas d'un enfant traité pour maladie de Parrot avec succès mais chez qui le Wassermann resta résistant.

M. TZANCK pense que les hérédo-syphilis sont les plus résistantes.

Respiration de Cheyne-Stokes dans l'asystolie : rôle de l'hypertension intracranienne. — MM. P. CARNOT, J. CAROLI et A. FIEHRER. — L'observation peut se résumer de la manière suivante : un hypertendu, au cours d'un épisode d'insuffisance myocarditique avec fibrillation auriculaire, a présenté une respiration du type Cheyne-Stokes très marqué qui coïncidait avec une augmentation considérable de la tension rachidienne. La ponction lombaire et le traitement tonicardiaque ont fait très rapidement disparaître l'arythmie respiratoire dans le même temps que la pression intracranienne redevenait normale.

On peut attribuer à cette hypertension intracranienne un rôle de facteur déclenchant primordial. Cette notion cadre avec les données cliniques et expérimentales (compression de la moelle allongée par Schiff, état semi-comateux des malades, amalogies avec le Cheyne-Stokes de la méningite tuberculeuse, de l'hydropisie ventriculaire).

Les auteurs pensent que l'hypertension intracranienne n'agit surtout que lorsqu'il y a blocage du liquide céphalo-rachidien.

Un cas sporadique de maladie de Friedreich avec arythmie cardiaque et respiration de Cheyne-Stokes. Etude biologique et électro-cardiographique. — MM. F. RATHERY, P. MOLLARET et J. STERNE présentent un cas de maladie de Friedreich, de symptomatologie banale jusqu'à l'âge de trente ans. A cette date, on voit apparaître des troubles du rythme cardiaque, vérifiés par l'électrocardiographie, non expliqués par l'existence d'une lésion cardiaque préexistante et dont la nature nerveuse centrale doit être tenue pour certaine. Depuis quatre semaines, la respiration affecte le rythme de Cheyne-Stokes et l'étude biologique permet d'affirmer l'intégrité complète des fonctions rénales. De tels accidents doivent être tenus pour fréquents dans l'évolution de la maladie de Friedreich, spécialement entre vingt et trente ans. Leur valeur pronostique est très nette et la mort apparaît l'année même où les accidents ont débuté.

M. LAUBRY souligne les particularités de l'électrocardiogramme dont certaines images rappellent les lésions coronariennes.

M. MOLLARET a observé dans nombre de cas des modifications plus typiques encore. Jamais l'autopsie n'a montré de lésions coronariennes. L'âge des malades n'est pas en faveur d'une telle hypothèse.

M. LAUBRY voit dans ce fait la confirmation de ce qu'il a avancé sur la nature fonctionnelle de certaines altérations cardiaques (myocardie).

M. LIAN croit aussi qu'on a une tendance exagérée à penser que les troubles du rythme sont d'origine myocardique. Il croit à leur origine souvent fonctionnelle.

De l'angine de poitrine et de son traitement chirurgical. — MM. C. LIAN et H. WELTI redoutant la piqûre du ganglion étoilé, se contentent de verser dessus un peu de novocaïne et de le tirailler au minimum en coupant toutes ses branches avant de l'enlever. Ils recommandent l'anesthésie locale, la douceur et la lenteur nécessaires dans la neuro-chirurgie moderne.

En procédant ainsi, H. Welti n'a eu aucun incident opératoire dans la stellectomie gauche faite chez six sujets atteints d'angine de poitrine.

Chez les trois malades de Lian et Welti, les résultats lointains sont les suivants : l'amélioration est très grande dans deux cas, elle est nulle dans le troisième.

Les auteurs terminent leur communication par quelques remarques générales sur l'angine de poitrine : pauvreté des signes objectifs, radiographie des coronaires injectées, rapports entre le spasme et l'athérome, évolution souvent longue des angors coronariens.

M. LAUBRY discute la technique employée et rapporte un cas de mort subite au cours d'une intervention sur le sympathique. Il cite un cas de longévité particulièrement démonstratif.

Nécrologie. — Le président rend hommage à la mémoire de Sa Majesté le roi Alexandre Ier de Yougoslavie et de MM. Louis Barthou et Raymond Poincaré.

La Société observe une minute de silence en leur honneur.

Le président lit ensuite une notice nécrologique sur M. Léon Bernard, membre de la Société, décédé.

Question mise à l'ordre du jour. — La séance du 16 novembre sera consacrée à la question suivante : Faits nouveaux sur l'hypertension artérielle paroxystique.

JEAN LEREBOULLET.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 septembre 1934.

Communications.

Sulfate de soude et colibacillose. — M. BARISHAC (Paris). — Les bactériacées de l'intestin passent à travers la paroi intestinale et sont éliminées par les poumons, les reins, la vésicule biliaire, comme le montrent des expériences qu'il est facile de réaliser chez diverses espèces animales. Dans des états pathologiques chez l'homme, les mêmes phénomènes se produisent.

Le sulfate de soude, dans des conditions déterminées, agit d'une façon remarquable sur le milieu intestinal et les facultés d'absorption du filtre intestinal ; par sa non-toxicité, ses propriétés curieuses au point de vue : plasmolyse, catalyse, etc., ce sel se place au premier rang

des moyens propres à modifier la bactériurie d'origine pathologique.

Traitement de refuge de la colibacillose urinaire « La Preste ». — M. BARON (de La Preste) a relevé dans ses observations de cinq années : sur 480 colibacilloses urinaires et 288 résultats connus : 28 p. 100 de guérisons absolues, et 45 p. 100 d'amélioration notable.

Les résultats les meilleurs sont chez la femme enceinte, où il n'y a aucun cas de nouvelle pyélonéphrite, ou sur les cystites rebelles à tous traitements, on note : 32 p. 100 d'amélioration et 20 p. 100 de guérison, et enfin et surtout sur l'asthénie qui est toujours influencée par la cure (98 p. 100 des cas), et c'est sans doute cette influence de la cure de La Preste sur un état fort mal supporté par les malades qui a largement contribué à assurer à la station son actuelle réputation.

L'appareil excréteur pyélo-urétéral au cours des colibacilluries. — M. HENRI BAYLE (de Paris). — La colibacillurie rebelle est due le plus souvent, en dehors des lésions chroniques du tube digestif, à un obstacle sur l'appareil urinaire excréteur. L'auteur examine, à l'aide d'urétéropyélographies rétrogrades, toutes les causes même légères de rétention urétéropyélique ; cette rétention est la cause favorisante de l'infection. Il insiste sur les causes d'ordre gynécologique souvent méconnues qui entraînent des compressions, des torsions ou des rétrécissements de l'uretère, spécialement au niveau de l'uretère pelvien, que seule l'urétéropyélographie rétrograde de M. le professeur Chevassu permet d'examiner dans sa situation, forme et dimension.

Au point de vue thérapeutique, les moyens biologiques (vaccins et sérums) dont nous disposons contre le colibacille agissent surtout sur le parenchyme rénal, et à peine ou pas du tout sur la voie excrétrice infectée (bassinet, uretère, vessie) ; il faut donc y ajouter une thérapeutique locale, suivant la cause de l'obstacle (dilatation de l'uretère, lavages du bassinet, etc.).

Neurotropisme colibacillaire aigu et chronique. — MM. P.-M. BESSE et A. LIENGME (Genève) mettent en évidence clinique une tendance neurotrope de toxines colibacillaires, apportent dans ce sens des arguments tirés d'observations de types très divers, anciennes et récentes, dont quelques-unes munies d'imposants dossiers de laboratoire. Ils montrent la nécessité vitale, mais aussi la grande difficulté du diagnostic précoce, au début des poussées aiguës cérébrales graves, alors que justement le coli est souvent absent de l'urine. Ils discriminent les espèces centrales (encéphalitique, psychiatrique), périphériques (polynévritique, cellulalgique) et végétatives. Ils précisent la thérapeutique biologique urgente et la médication chimique chronique, quand le traitement hygiénique, diététique et hydrologique fut insuffisant. Ils préconisent, comme prophylaxie, non seulement au sujet des localisations nerveuses, gênantes et si tenaces, mais même, ce qui est plus nouveau, en général dans le rhumatisme invalidant, la sclérose et le brightisme meurtriers, qu'ils considèrent comme souvent afférents à cette étiologie, une lutte mieux conduite qu'actuellement contre la colibacillose chronique.

Etude expérimentale de l'action cholagogue des eaux de Châtel-Guyon. — MM. BIÉRY, MILHAUD, SEMON et JOUVE (de Lyon) rapportent les résultats qu'ils ont obtenus par l'étude de l'action cholagogue de deux sources de Châtel-Guyon (Gubler VI et Gubler II) à l'aide du procédé de la *fistule totale et permanente de la vésicule biliaire*, dans une série d'expériences poursuivies sur trois chiens.

Ces eaux administrées en ingestion se montrent puissamment *cholagogues*, déterminent, en particulier, l'augmentation du *cholestérol* des *pigments* et des *sels biliaires*. L'eau de la source Gubler VI accroît en outre, le volume de la bile sécrétée et le pourcentage du résidu fixe

Ces constatations étayent plus solidement encore la base hépato-biliaire sur laquelle repose spécialement la cure châtel-guyonnaise.

Sprue et colibacillose. — M. H. BOUCHER (de Grenoble). — Absence de dysenterie dans les antécédents, aphtes de la cavité buccale, selle réveille-matin abondante et spumeuse, amaigrissement, chronicité, tels sont les caractères de la sprue.

L'évolution de cette maladie, relativement rare aujourd'hui, se fait en deux phases : la première de diarrhée acide due aux bacilles paralactiques, dont le type est le colibacille, la seconde blastomycosique.

Les formes à début brusque rappellent étrangement la colibacillose aiguë.

Le traitement est difficile : le rapatriement s'impose ; les cures associées Châtel-Guyon-Vichy, la vie à la campagne, le régime d'aliments frais sont nécessaires.

La sprue doit être rapprochée de l'infantilisme de Herter.

Lambliase. — M. CHANTRIOT (de Beyrouth) souligne à propos de deux observations de *lambliase duodéno-vésiculaire* le rôle important du *parasitisme intestinal* dans l'*étiologie* de la *colibacillose*.

D'après cet auteur, le *biotropisme* expliquerait un grand nombre de faits cliniques jusque-là restés obscurs.

Il distingue des *colibacilloses pures d'origine exogène* (épidémiques ou sporadiques) et des *colibacilloses compliquées* ou *associées d'origine endogène*.

Il propose le terme de *colibacilloses biotropiques* à ces dernières par opposition au mot de « *sortie* » qui lui paraît cliniquement incomplet. Des sanctions thérapeutiques importantes sont le corollaire pratique de ces notions nouvelles. Il faut non seulement traiter la colibacillémie chronique, mais aussi l'infection microbienne ou parasitaire qui dans bien des cas est responsable de la genèse de la colibacillose.

La *lambliase*, en particulier, possède une action hautement biotropique.

Lambliase chez l'enfant. — M. CHANTRIOT (Beyrouth) montre que cette parasitose est fréquemment observée chez les *jeunes sujets*, notamment chez le *nourrisson* à partir du sixième mois.

Cliniquement elle se traduit, soit par une symptomatologie gastro-intestinale, simulant en l'aggravant la diarrhée verte commune, soit par une *duodénite* ou une *angio-cholécystite*. L'ictère prouvant dans quelques cas les atteintes des voies biliaires extrinsèques par les flagellés. Il convient donc d'introduire en pédiatrie la notion de *giardiose*. Le rôle de la *contagion familiale*, la possibilité d'une contamination par l'*espèce canine* retiendront notre attention

A propos de la colibacillose en gynécologie. —

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

MM. XAVIER COLANÉRI (de Paris) et CAMBIES (de Châtel-Guyon) rappellent l'existence du *syndrome entéro-uro-génital* défini par l'un d'eux depuis quelques années : une inflammation génitale, un état entéritique antérieur au concomitant, la présence de microbes dans l'urine. La perméabilité de la paroi intestinale conditionne le passage du coli dans le sang, celui-ci créant essentiellement la colibacillose, qui se localisera ensuite dans un organe déficient.

Ils insistent sur la voie d'interpénétration directe du côlon vers les organes génitaux à travers la cavité péritonéale virtuelle, déjà étudiée par Colanéri.

Au point de vue clinique et thérapeutique, ils montrent les difficultés du traitement, dont les principaux obstacles sont la chronicité et l'instabilité de l'état intestinal, l'état du terrain organique et surtout l'état moral dont l'influence est plus grande que l'on ne croit.

Les auteurs passent en revue le traitement vaccinal par la bouche, le changement de régime alimentaire et étudient le traitement hydro-minéral, dont celui de Châtel-Guyon leur paraît indispensable, en particulier le goutte à goutte à l'eau minérale, préconisé dès 1922 par l'un d'eux, associé aux vaccins coli-entéro (stock ou mieux auto-vaccins).

Traitement des entérites par un pansement-vaccin intestinal. — M. DEBAT présente une nouvelle méthode de traitement vaccinal *per os* des entérites.

Il préconise l'administration d'un vaccin intestinal buvable, mélangé extemporanément à un mucilage spécialement préparé à cet effet.

Cette association réalise un pansement-vaccin intestinal, véritable « tampon entérologique », dont il compare l'action à celle des tampons gynécologiques.

Ce nouveau mode d'administration a pour effet principal d'assurer un contact plus intime et plus durable du vaccin avec la muqueuse et pour effet secondaire d'établir un transit intestinal normal et d'éviter ainsi une cause d'aggravation des phénomènes infectieux.

Colibacilluries sans colibacillose. — MM. DEMOLE, ERSI MARTIN et M[lle] DE ROGUIN (de Genève). — Ces recherches mettent particulièrement en évidence les points suivants :

1° La grande fréquence de la colibacillurie chez des individus indemnes d'affection urinaire clinique ;

2° L'inégalité frappante de la répartition selon le sexe;

3° L'absence — à part de petits signes d'infection latente — de modifications notables des urines, alors que les troubles digestifs sont presque constants ;

4° Sur 23 colibacilluriques, nous n'avons pas rencontré une seule fois un tableau clinique analogue au syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer.

Action de l'eau de Charrier chez les colibacillaires. — MM. P. DESGEORGES et H. DANY (Vichy). — L'eau de Charrier, oligo-métallique à *p*H très bas (4,2), radio-active, caractérisée par la faiblesse de son résidu sec (26 milligrammes), la présence de SiO^2 à l'état libre (9 milligrammes), de cuivre (0mg,01), etc., mérite d'être placée au premier plan de la thérapeutique hydro-minérale de la colibacillose. Les auteurs rapportent les bons résultats observés chez les urinaires, (obstacle levé), dans le syndrome entéro-rénal et le syndrome entéro-hépatique ainsi que dans tous les cycles pathologiques où le colibacille intervient. Ils pensent que l'action de cette eau est multiple — action de lavage, action anti-infectieuse et acidifiante.

Lympho-vaccination. — M. DHENIN (Béthune). — Après avoir traité les maladies aiguës par la lympho-vaccination, c'est-à-dire introduction de vaccin dans le système lymphatique, dont l'organe le plus constamment accessible est l'amygdale, l'auteur s'est attaché à lutter contre l'intoxication et l'infection intestinales par la même méthode. Plusieurs cas d'infection aiguë dus au colibacille ont été enrayés assez rapidement, quatre à cinq jours, tandis que les intoxications se traduisant surtout par l'entéro-colite muco-membraneuse ont été améliorées immédiatement. Cette méthode, indolore, ne provoquant aucune réaction, facile avec la seringue et l'aiguille spéciales, doit être mise en œuvre dans les cas banaux et rebelles.

Des variations de conditions de culture du colibacille dans l'urine. — M. GAEHLINGER (de Châtel-Guyon) et MONCEAUX (de Paris) montrent que le colibacille est capable de supporter des variations ioniques parfois considérables, aussi bien dans le sens acide que dans le sens alcalin. Cette tolérance est particulièrement marquée dans les urines muco-purulentes, où le colibacille peut cultiver depuis le *p*H 1,4 jusqu'à 9,6. Ce n'est donc pas par une simple variation du *p*H que l'on peut prétendre détruire les colibacilles dans l'urine et en particulier dans le milieu tamponné au maximum constitué par le pus et le mucus.

L'imprégnation défensive de l'organisme dans les colibacilloses. — Le professeur LOUIS GAUCHER fait l'exposé des nouveaux résultats qu'il a obtenus dans le traitement des colibacilloses avec l'antiseptique dont il a réalisé la synthèse.

Il rappelle que, pour agir sur un microbe aussi tenace que le colibacille, il est nécessaire que l'antiseptique employé puisse s'accumuler dans l'organisme et imprégner les tissus, de façon à atténuer progressivement la virulence microbienne.

Son chlorhydrate de 6-méthyl-8-oxyquinoléine répond d'autant mieux à cette condition qu'il est complètement atoxique.

Ce sel absorbé *per os*, et associé à un autre dérivé qui se porte sur l'arbre urinaire, agit sur l'intestin et le foie dans les entérites à colibacilles, où il a les plus heureux effets. Il diminue la gravité de la bacillurie dans les cas chroniques, et amène parfois très rapidement la disparition des symptômes : diminution de la température et éclaircissement des urines, suppression de la douleur, et surtout amélioration notable de l'état général.

Sur la thérapeutique des colibacilloses. — M. ALBAN GIRAULT (Paris) envisage trois catégories de faits : les septicémies colibacillaires, les colibacilloses chroniques à manifestations subaiguës, les colibacilloses fermées, qui comprennent les colites et les appendicites à colibacilles. L'auteur considère que la sérothérapie est le traitement de choix des septicémies, alors que dans les cas chroniques l'auto-vaccin, surtout sous forme de lysat ou antivirus buvable et utilité aussi en instillations intravésicales, porte à son actif le plus grand nombre de guérisons même après échec de la sérothérapie. Quant aux colibacilloses fermées, un régime approprié et un

traitement banal peuvent suffire à la guérison. Dans tous les cas, les cures hydrominérales (Châtel-Guyon, La Preste) complètent heureusement ces différents traitements.

Action des eaux de Châtel-Guyon sur les métrites et contre la congestion et l'hypertrophie de la prostate. — M. GUILLAUME (Paris). — L'action des eaux de Châtel-Guyon est remarquable sur les ulcérations du col, les vaginites et les métrites à colibacillose si fréquentes chez les entéritiques.

A la station, ces malades sont traitées par les injections vaginales — douches en hamac — avec les eaux de Châtel-Guyon.

Mais hors de la station, et entre les cures, on obtiendra des résultats remarquables de cicatrisation des ulcérations du col, des vaginites et vieilles métrites à colibacilles avec l'application quotidienne des ovules aux sels totaux évaporés des eaux de Châtel-Guyon.

De même, le traitement des prostatites, congestions de la prostate, hypertrophie et sclérose de la prostate sera obtenu par l'introduction de suppositoires aux sels totaux des eaux de Châtel-Guyon, comme ces affections sont traitées avec grand succès à la station par les lavements bi ou tri-hebdomadaires aux eaux de Gubler.

La sémiologie de la réaction des nitrites dans les affections à colibacilles des voies urinaires. — MM. E. JAEGY (Lausanne) et W. LANZ (Chexbres). — Par un travail expérimental, les auteurs prouvent l'utilité de la recherche des nitrites dans l'urine pour le diagnostic d'une infection urinaire à colibacille. Ils attirent l'attention du praticien sur les possibilités de faire ce diagnostic bactériologique au moyen d'une simple réaction chimique. Le réactif employé est une poudre blanche, stable, dans la composition de laquelle entrent les éléments constituants du réactif de Griess. Additionnées de ce réactif, les urines prennent, aux moindres traces de nitrites, une couleur rouge-acajou. La recherche des nitrites doit être pratiquée immédiatement après l'émission, en raison de leur présence passagère dans les urines. Si les nitrites sont absents à l'émission, il est opportun de les rechercher une ou deux heures plus tard. Pour éviter une contamination en dehors du corps humain, les urines doivent être recueillies avec les précautions usuelles d'asepsie et conservées dans un récipient stérilisé. *La présence des nitrites urinaires est la preuve certaine d'une infection.*

Note sur les syndromes psychiatriques d'origine intestinale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGES D'HEUCQUEVILLE rassemblent les syndromes psychiatriques, si nombreux et fréquents, en rapport avec une affection intestinale, onirisme, dépression hypochondriaque, etc.

De récents travaux prêtent aux toxines colibacillaires, à la manière des toxines éberthiennes, une action neurotrope, directe et spécifique. Elles feraient naître un syndrome catatonique authentique. Mais il ne faut pas oublier que l'indifférence, l'inertie motrice sont des symptômes communs à la plupart des syndromes psychiques d'origine intestinale. La tonalité affective morbide des malades de l'intestin trouve sa source dans les irritations cénesthésiques que reçoit leur sympathique abdominal. Ce dernier présente parfois même des lésions organiques secondaires.

Le traitement de la colibacillose par les auto-vaccins absorbés par voie buccale. — M. HENRI PAILLARD insiste sur l'utilité des auto-vaccins par rapport aux stocks-vaccins ; il préfère le vaccin ingéré par voie buccale aux vaccins injectés sous la peau qui donnent souvent des réactions importantes. L'emploi régulier de l'auto-vaccin atténue la virulence du colibacille sans le faire toujours disparaître et améliore le fonctionnement rénal (diurèse, souplesse du fonctionnement rénal appréciée par l'épreuve de la densimétrie fractionnée), amélioration des azotémies limites.

Colibacillose et tuberculose rénale. — M. A. PELLÉ (Rennes) insiste sur la fréquence des diverses manifestations de la colibacillose chez les éthyliques. Il rapporte une observation de pyélonéphrite *mixte* avec élimination du coli dans les urines qui ont, en outre, tuberculisé le cobaye. Il semble donc que, contrairement aux données classiques, il n'y ait pas un antagonisme absolu entre la colibacillose et la *tuberculose urinaires.*

Goitre et colibacillose. — M. J. PROST (Vincennes). — Depuis 1927, nous savons que le goitre « endémique » est dû à une infection endocellulaire et à un parasitisme intestinal (helminthes). On sait que cette infection endocellulaire altère le fonctionnement du filtre intestinal, et que tous les goitreux ont de la bactériurie.

Le goitre évolue parallèlement à la bactériurie ; ce sont deux symptômes d'un état pathologique, et il n'y a plus de bactériurie si le goitre a disparu. La bactériurie peut être influencée seule par une médication symptomatique (désinfection intestinale, etc.).

Le goitre est un test visible macroscopique de l'état pathologique général du goitreux, tandis que la bactériurie en constitue un des nombreux tests microscopiques.

Désinfection intestinale et colibacillose. — M. J.-C. PYT (Paris). — D'après les observations de l'auteur sur les malades ayant les symptômes de bactériurie, le vocable « désinfection intestinale » correspond à trois choses différentes :

1° On fait varier la flore intestinale par des modifications de régime alimentaire ; cette désinfection est possible et donne des résultats appréciables ;

2° La désinfection par des substances dites « antiseptiques » à faibles doses ne donne aucun résultat ;

3° La désinfection intestinale sous l'influence de : charbon, certains carbures d'hydrogène, sulfate de soude, sulfate de magnésie, sels minéraux insolubles, donne des résultats extrêmements intéressants.

Pyélonéphrite aiguë chez un nourrisson de six mois. — MM. RAILLER et GINSBOURG. — Une pyélonéphrite dépistée au quatrième jour d'un état infectieux général grave chez une fillette de six mois est traitée d'emblée le cinquième jour par 20 centimètres cubes de sérum anticolibacillaire de l'Institut Pasteur. La chute de température est immédiate et l'apyrexie totale obtenue dans les quarante-huit heures.

Malgré une réaction sérique précoce, intense et prolongée, l'amélioration se poursuit et, sauf une courte poussée de quatre jours au bout d'un mois, se maintient cinq mois après ; si la pyurie n'a pas totalement disparu et que la guérison reste incomplète, il n'en est pas moins

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

vrai que le sérum a jugulé d'emblée un état infectieux extrêmement sévère et menaçant la vie de l'enfant.

Au point de vue étiologique, il est vraisemblable que l'enfant a subi, lors de l'accouchement, une contamination massive *per os*, la mère étant elle-même fortement infectée par le colibacille.

Syndrome entéro-génito-rénal. — MM. L. SALADINI et G. FABIANI (d'Alger). — Observation de salpingite au cours d'un syndrome entéro-rénal. La nature de cette salpingite était prouvée par l'examen bactériologique qui montrait la même flore que dans les urines : colibacilles et entérocoques (donc étiologie polymicrobienne). Les troubles urinaires n'avaient qu'une importance clinique secondaire, mais présentaient bien la valeur d'un « indice révélateur ». Les lésions anatomiques étaient celles d'une salpingite catarrhale avec perméabilité tubaire conservée.

Parasitoses intestinales et auto-infection à colibacilles-entérocoques. — M. A. SCHWARTZ. — Les parasitoses intestinales et l'auto-infection à colibacilles-entérocoques jouent un rôle important en pathologie humaine, car des malades innombrables doivent le plus souvent leurs maux à un départ intestinal.

Chez tout malade soupçonné de colibacillose aiguë ou chronique, en faisant faire un examen coprologique, on trouvera souvent une parasitose intestinale qui a été le point de départ de cette auto-infection.

Ce n'est qu'avec un diagnostic précis et complet, qui permettra d'instituer en même temps un traitement antiparasitaire et une vaccinothérapie par voie buccale appropriée, un régime et des cures thermales, que l'on arrivera souvent à obtenir la guérison d'états pathologiques variés qui, dans nombre de cas, duraient depuis de longues années.

L'indoxylurie dans les différents syndromes entéro-rénaux. — M. JEAN SCHNEIDER (de Vittel). — L'indoxylurie n'est pas toujours augmentée considérablement par le syndrome entéro-rénal à colibacilles, sauf lors des poussées aiguës et des réactions colitiques. Les grosses pyuries colibacillaires ne s'accompagnent pas toujours d'hyperindoxyluries remarquables.

En revanche, dans les syndromes entéro-rénaux à entérocoques, où les réactions diarrhéiques sont fréquentes le chiffre d'indoxyle urinaire est souvent considérable.

A côté de la notion capitale de l'augmentation des putréfactions et indirectement des fermentations, à côté de la notion non moins importante de l'hyperperméabilité de la muqueuse intestinale, notamment chez le purgé, à côté de la notion de la parasitose intestinale, il faut largement tenir compte du degré de dilution des matières dans l'augmentation du taux de l'indoxyle.

L'indoxyle est probablement très toxique en lui-même s'il atteint de gros chiffres. Cliniquement, cela est presque sûr. Peut-être même les systèmes sympathique et parasympathique ont-ils à en souffrir directement.

Le traitement de la colibacillose par les eaux sulfatées calciques vosgiennes type Vittel. — M. JEAN SCHNEIDER rappelle ses communications antérieures sur la question et essaie d'établir le mécanisme des eaux de Vittel (source Hepar, Grande Source et source Marie) sur l'action entéro-hépato-rénale à la fois.

En outre, les variations de l'indoxyle urinaire, tout comme celui des acides organiques intestinaux, sont intéressantes à étudier sous leur influence tant par ingestion que par lavement. Ces corps augmentent dès le début de la cure pour diminuer ensuite et tendre vers la normale. Peut-être faut-il y voir une des actions antitoxiques de la cure de Vittel vis-à-vis de l'organisme.

Visites, réceptions et excursions. — La visite de Châtel-Guyon, qui fait grande figure de station thermale, très à la page, a occupé les premiers loisirs des congressistes : les sources au milieu des parcs fleuris, le grand Etablissement thermal si moderne, le luxueux Hôpital thermal ont été très visités.

Le comité avait aussi ménagé à ses invités les plus agréables délassements : soirée au Casino offerte par la Société des médecins de Châtel-Guyon, soirée théâtrale de gala avec la troupe de l'Opéra-Comique offerte par la Société des Eaux, banquet du Congrès offert par la station. Toutes ces réunions ont réuni une très brillante assemblée et ont obtenu un grand succès.

Des réceptions particulières ont permis à de nombreux invités d'apprécier l'aimable hospitalité des confrères de Châtel-Guyon et de goûter une cuisine qui n'a aucun rapport avec la cure de régime.

Enfin, après le Congrès, de nombreuses excursions ont fait admirer aux voyageurs la pittoresque région qui environne la célèbre station.

F. L. S.

Exposition du Congrès. — Cette exposition, installée à proximité des salles de séance, a été très visitée au cours du Congrès. On jugera de son intérêt en parcourant la liste des exposants :

Liste des exposants. — Laboratoire Debat. — Inolaxine ; Exentérol ; Colibacillaire.

Laboratoire Asier. — Colitique buccal, injectable et filtrats.

Laboratoire Biolactyl Fournier. — Biolactyl.

Laboratoire Carrion. — Coliflorine ; Vaccin colibacillaire ; Entérococcène ; Etuve individuelle à yoghourt ; Extrait per-hépatique.

Laboratoire Daniel Brunet. — Coréine ; Stal-Kosal ; Bioceane ; Neurène ; Novobrol.

Laboratoire A. Le Blond. — Pyurol ; Ortho-Gastrine.

Laboratoire Chaix. — Ampoules et comprimés de Pepsine ; ampoules Gastramine ; comprimés de divers produits physiologiques.

Laboratoire Cruet. — Néotropine ; Urotropine.

Laboratoire de l'Amibiase. — Amibiasine, liquide et comprimés ; Amibiasine recto-pansement ; Bioentérase.

Heudebert. — Produits Heudebert pour entéritiques ; Produits Heudebert pour constipés, sous forme de pains, gâteaux, farines, pâtes, potages, boissons.

Laboratoire de Médecine expérimentale. — Formocarbine ; Sodothiol ; Otochol ; Fludiose.

Laboratoire de la Microlyse (Paris). — Microlyse (poudre et comprimés).

Laboratoire des ampho-vaccins. — Ampho-vaccins Ronchèze : ampho-vaccin anti-infectieux ; ampho-vaccin pulmonaire ; ampho-vaccin urinaire ; ampho-vaccin intestinal ; pansement rhino-pharyngien.

Laboratoire du Dr Plantier. — Panbiline ; Rectopanbiline ; Hémopanbiline.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Laboratoires du Dr Zizine. — Présentent en plus des quatre éléments de la tétrade digestive (agocoline sédoforbrine, peptodiase et gastro-pansement), le nouveau produit l'Entéropansement.

Laboratoire du Parolagar. — Parolagar, les deux formules, rouge et bleue.

Laboratoire Lobica. — Taxol, Azotyl, Veinotrope, Lactochol, Lactobyl, Béatol, Carditone, Uralysol, Chlorobyl.

Laboratoire Longuet. — Carbofixine granulé ; Cholépau, comprimés ; Citrosodine, comprimés, granulés ; Pilules du Dr Dabouzy ; Quinuryl, cachets ; Strychnal, granules, ampoules ; Urisanine, solution.

Laboratoire Midy. — Carbolin ; Pommade Midy ; Suppositoires Midy ; Pipérazine Midy ; Proveinase ; Antigrippine Midy.

Laboratoire Mouneyrat. — Histogénol ; Exobol ; Arsénomyl ; Olbia ; Hectine et Hectargyre.

Laboratoire Robert et Carrière. — Entéromucine ; Bromucine ; Bacté-intestiphage ; Bacté-coliphage ; Lysaxin abdominal L. M. S.

Laboratoire Henry Rogier. — Uraseptine.

Laboratoire Saullière. — Lactosérum Lavril ; Lactomose Lavril.

Laboratoire Spécia-Rhône-Poulenc. — Hexorcine ; Pâte Spécia (Ravaut) ; Orsanine ; Mixiod ; Aluuozal ; Stovarsol.

Laboratoire Thépénier. — Bulgarine ; Amylodiastase. Lait Mont-Blanc.

NOUVELLES

Concession des thermes de Bourbon-l'Archambault. — L'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault (Allier), appartenant à l'Etat, va être concédé, par voie de concours, pour une durée de cinquante années à compter du 1er janvier 1935.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 5e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris, XVIIe), jusqu'à la date du 15 novembre 1934, 16 heures.

Cahier des charges envoyé sur demande à partir du 26 octobre.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale (Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, XIVe). — L'assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale se réunira à la Faculté de médecine de Paris, le 8 novembre, à 10 heures.

Question à l'ordre du jour : *Valeur comparative des réactions de floculation entre elles.*

Rapporteurs : M. le professeur Meinicke, M. le Dr Arthur Vernes, M. Leconte de Nouy.

Les travaux se continueront l'après-midi à 15 heures à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques.

Les membres de la Société désireux de prendre part à l'assemblée sont priés de s'inscrire le plus tôt possible et de faire parvenir au secrétariat le titre de leur communication.

M. le professeur Meinicke fera, le vendredi 9 novembre, à 10 heures du matin, à l'Institut Alfred-Fournier, l'exposé de la nouvelle méthode dont il est l'auteur, de sérodiagnostic de la tuberculose.

A cette conférence sont particulièrement invités tous les médecins qui s'intéressent au diagnostic de la tuberculose.

Prochaines sessions d'assises médicales. — XIIIe Session (octobre-novembre) : *La diphtérie* (sérum et vaccin).

XIVe Session (décembre-janvier) : *L'avenir des hypertendus.*

XVe Session (février-mars) : *Consanguinité et descendance.*

XVIe Session (avril-mai) : *Les aptitudes familiales aux localisations morbides.*

XVIIe Session (juin-juillet) : *Résultats éloignés de la collapsothérapie.*

XVIIIe Session (octobre-novembre) : *Le rachitisme en France.*

XIXe Session (décembre 1935-janvier 1936) : *L'enfant à l'âge scolaire* (son orientation intellectuelle et professionnelle jugée par le médecin).

Clinique obstétricale Baudelocque. — M. le professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le vendredi 16 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

Clinique gynécologique Broca (fondation de la Ville de Paris). — M. R. PROUST, professeur, commencera son enseignement clinique le mardi 6 novembre 1934, à 10 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les jeudis et samedis, à 10 heures.

Cours de clinique gynécologique de l'hôpital Broca. — M. le professeur R. PROUST commencera son enseignement clinique le mardi 6 novembre 1934, à 10 heures du matin.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, 10 heures : Examen des malades et opérations.

Mardi, 10 heures : Leçon clinique.

Mercredi, 10 heures : Visite dans les salles, consultations, injections de lipiodol, diathermie gynécologique.

Jeudi, 10 heures : Séance opératoire.

Vendredi, 10 heures : Leçon clinique ; 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires).

Samedi, 10 heures : Séance opératoire.

CONSULTATIONS EXTERNES : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 (Service de la consultation).

Cours de clinique urologique (hôpital Necker, clinique Guyon). — M. le professeur MARION fera sa première leçon le mercredi 7 novembre 1934, à 10 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des cours.

Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. le professeur NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le lundi 5 novembre 1934, à 9 heures.

NOUVELLES (Suite)

Programme. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et thérapeutique des enfants, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les troubles de la croissance et les maladies de la nutrition, par M. Jean Cathala, agrégé.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 17 novembre).

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (hôpital Cochin). — M. le professeur Paul MATHIEU commencera son cours le mercredi 7 novembre 1934, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matins suivants.

Programme. — Lundi : opérations. — Mardi à 9 heures : Consultation à la policlinique. — Mercredi à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale. — Jeudi : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçons à la policlinique. — Samedi : Opérations.

Enseignement complémentaire. — Démonstrations pratiques d'appareillage par M. R. Ducroquet, assistant d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

Clinique obstétricale (hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital). — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 8 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Cours de clinique thérapeutique médicale de l'hôpital de la Pitié. — M. le professeur F. RATHERY commencera son cours de clinique thérapeutique le 15 novembre 1934, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et continuera ses leçons les jeudis suivants à la même heure.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service, par le professeur F. Rathery :

Mardi et vendredi, à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition ; rhumatismes.

Mercredi, à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours, leçon élémentaire de séméiologie par les chefs de clinique et internes du service.

9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles.

10 h. 30 à 11 h. 15 : Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur par MM. Boltanski, Kourilsky, médecins des hôpitaux, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Dérot, Doubrow, Jean-Hesse, Largeau, Julien Marie, Mollaret, Sigwald, Terrenoire, Thoyer, à la salle de conférence du service.

11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatif pour les stagiaires).

Consultations externes, assistant Dr Froment : Mardi et vendredi, à 9 heures : Diabète sucré et maladies de la nutrition ; rhumatismes.

Mercredi, à 9 heures : Maladies médicales des reins.

Examen radiologique, assistant Dr Piffault : Mercredi et samedi.

Des conférences d'hydrologie clinique seront faites en janvier et février par le professeur F. Rathery, le samedi à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Hôpital Saint-Jacques. — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XVe) (métro Volontaires), à 18 heures, à partir du vendredi 2 novembre.

A cet enseignement théorique sera joint un enseignement pratique.

M. Picard fera tous les vendredis de 11 heures à 12 heures, après sa consultation externe, un cours de diagnostic médicamenteux sur malade. Ce cours commencera le vendredi 2 novembre.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

Programme des cours. — M. Evrain : Matière médicale, les sels de potassium et de sodium. 6 et 20 novembre ; 4 et 18 décembre ; 8 et 22 janvier 1935 ; 5 et 19 février ; 5 et 19 mars ; 2 avril ; 7 et 21 mai ; 4 et 18 juin. — M. Bitterlin : Maladies de la peau. 2 et 16 novembre ; 7 et 21 décembre ; 11 et 25 janvier 1935 ; 1er et 15 mars ; 5 avril ; 3 et 17 mai ; 7 et 21 juin. — M. Mouezy-Eon : Phytopathologie et matière médicale des papavéracées, composées, rubiacées. 11 décembre ; 29 janvier 1935 ; 26 février ; 26 mars ; 19 avril ; 28 mai. — M. Allendy : Traitement homéopathique des grands syndromes respiratoires (fin) et des grands syndromes nerveux. 9 et 23 novembre ; 14 décembre ; 18 janvier 1935 ; 8 et 22 février ; 8 et 22 mars ; 12 avril ; 10 et 24 mai ; 14 et 28 juin.

L'enseignement de l'École homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 h. 30 à 7 heures.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — M. le professeur Fernand Lemaître, commencera son cours le mardi 6 novembre 1934, à 10 heures, dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière, et continuera ses leçons tous les mardis à la même heure, suivant le programme annexé à cette affiche.

Clinique urologique (hôpital Necker, Clinique Guyon). — M. le professeur Marion fera sa première leçon le mercredi 7 novembre 1934, à 10 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des cours.

Certificat et diplôme de radiologie et d'électrologie médicales. — Une session d'examen en vue du certificat et du diplôme de radiologie et d'électrologie médicale aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 8 novembre 1934.

MM. les candidats sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le samedi 27 octobre.

Clinique chirurgicale de la Faculté (hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 29 novembre 1925, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades.

Lundi et vendredi : Opérations.

Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Leçons de sémio-

NOUVELLES *(Suite)*

logie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth, agrégé, et Ménégaux, chirurgien des hôpitaux ; Cordier, Mouchet et Contiades, chefs de clinique ; Patel, ancien chef de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance. — M. le professeur P. LEREBOULLET reprendra ses leçons cliniques le mercredi 14 novembre, à 10 h. 45, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le lundi 5 novembre.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Le lundi, à 11 heures : Conférence d'actualité pédiatrique par les chefs et les anciens chefs de clinique et par les assistants du service.

Le mardi, à 10 h. 45 : Policlinique au pavillon Pasteur.

Le mercredi, à 10 h. 45 : Leçon clinique par le professeur.

Le jeudi, à 10 heures : Conférence d'hygiène et de pathologie du premier âge aux stagiaires. ; à 11 heures : Consultation de nourrissons et policlinique.

Le vendredi, à 10 h. 45 : Conférence de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades).

Le samedi, à 10 h. 45 : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et de nourriceries.

En outre, à partir du 15 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) :

Enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du Département de la Seine). — S'inscrire pour cet enseignement au laboratoire.

Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1935.

Internat des asiles de la Seine. — Des conférences d'anatomie et physiologie du système nerveux, en vue de la préparation du concours de 1935, seront organisées par MM. Ajuriaguerra et Danmézon, internes des asiles.

Avantages accordés aux internes : 9 500 à 10 700 francs de traitement, 2 400 francs d'indemnités de résidence et des indemnités diverses selon l'asile.

Débouchés : médicat des asiles publics d'aliénés ; clinicat des maladies mentales.

S'adresser à M. Ajuriaguerra, service de M. le Dr Guiraud, asile clinique, 1, rue Cabanis.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinchon, Robert Largeau, Robert Bonnard, Georges d'Heucqueville, H.-M. Fay, Jean Voisin, Michel Gaultier, commencera ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, le *mercredi 7 novembre à 10 heures* et les continuera tous les mercredis à la même heure.

OBJET DU COURS : *Neurologie.* — Horaire du service : tous les matins à 9 heures, visite.

Lundi, à 10 heures. M. Largeau : Examens endocrinopathologiques.

Lundi, à 11 heures. M. Robert Bonnard : Conférence de sémiologie.

Mardi, à 10 heures. M. Laignel-Lavastine : Consultation de neurologie.

Mercredi, à 10 heures. M. Laignel-Lavastine : Présentation de malades.

Jeudi, à 10 heures. M. Fay : Consultation de neuropsychiatrie infantile.

Vendredi, à 10 heures. M. Vinchon : Consultation neuro-psychiatrique.

Vendredi, à 11 heures. M. Laignel-Lavastine : Clinique psychiatrique.

Samedi, à 10 heures. M. Laignel-Lavastine : Consultation endocrino-sympathologique.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 23 *Octobre.* — M. LEPRÊTRE, Etude des injections de lait en thérapeutique. — M. MILHIET, Traitement chirurgical du dolichocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.

24 *Octobre.* — M. FRANCK-DUPUY, Appendicite méso-cœliaque.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

27 OCTOBRE — *Paris.* Asile Sainte Anne. Ouverture des conférences préparatoires à l'internat en médecine des asiles de la Seine. S'adresser à M. Tusques, salle de garde de l'asile clinique Saint Anne, 1, rue Cabanis.

27 OCTOBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour les inscriptions des 1er et 2e trimestres.

30 OCTOBRE. — *Milan.* Congrès de la Société de radio-neuro-chirurgie italienne.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Faculte de médecine. Clôture du registre d'inscription pour la 1re inscription.

31 OCTOBRE. — *Paris.* Ministère de la Santé publique (5e bureau, 7, rue de Tilsitt). Dernier délai pour les candidat res à une place d'auditeur au Consel supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des bactériologistes).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société nationale de chirurgie Dernier délai d'envoi des mémoires pour les prix de la Société de chirurgie (adresser les mémoires au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris-VIe).

1er NOVEMBRE. — *Paris.* Société de radiologie. Dernier délai d'envoi de documents pour les candidatures aux prix (envois à faire à M. Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart).

3 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

3 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) des hôpitaux de Paris.

5 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à 9 heures, à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

5 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Cours pour la préparation du diplôme de médecin colonial.

NOUVELLES *(Suite)*

5 Novembre. — *Hanoï et Saïgon.* Concours pour les emplois de trois docteurs indochinois dans l'Administration de l'Indochine.

5 Novembre. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce, 9 heures. Concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé d'électro-radiologie et de professeur agrégé de chirurgie.

5 Novembre. — *Rouen.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen, à l'hospice général, à 16 h. 30.

5 Novembre. — *Angers.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

6 Novembre. — *Paris.* Journée de raisins. Congrès des emédecins amis du raisin et du jus de raisin.

6 Novembre. — *Bordeaux.* Concours pour trois places de médecin adjoint de l'Assistance médicale à domicile au siège de l'administration, 63, rue du Loup.

8 Novembre. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 Novembre. — *Paris.* Institut Alfred-Fournier (25, boulevard Saint-Jacques). Assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale.

9 Novembre. — *Paris* Préfecture de police. Concours sur titres de médecin suppléant du service médical de nuit.

10 Novembre. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin-chef du service de neuropoychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

12 Novembre. — *Lyon.* Concours de médecin des hôpitaux de Lyon.

15 Novembre. — *Paris.* Ecole centrale de puériculture. Réouverture des cours à 16 heures, 5, rue Las Cases.

15 Novembre. — *Brest.* Concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie.

15 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

15 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) des hôpitaux de Paris.

17 Novembre. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

19 Novembre. — *Alger.* Concours de médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

19 Novembre. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 Novembre. — *Paris.* Concours d'agrégation des Facultés de médecine, deuxième degré.

CHRONIQUE DES LIVRES

Cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette, par A. Moreaux. 1 vol. in-8 de 44 pages dont 33 planches. Prix : 10 francs (*Masson, éditeur*).

Un des dessinateurs les plus connus et les plus appréciés dans sa partie a bien voulu mettre à la portée des moins initiés et des moins doués une méthode simple, pratique de dessin anatomique.

Partant d'un schéma simplifié, facile à copier et à retenir, l'étudiant enrichira peu à peu son modèle et se tiendra ainsi toujours à l'écart de ces erreurs parfois grossières qui sont la terreur de tous les aides d'anatomie débutants, comme de tous ceux qui fréquentent les pavillons de dissection.

C'est dire les services que pourra rendre cette plaquette à tous les étudiants en médecine, d'abord, mais aussi à bon nombre de leurs professeurs. Il va sans dire que les écoles de Beaux-Arts trouveront ici un précieux recueil d'exercices.

On ne saurait trop remercier un « ancien » de s'être ainsi penché sur le labeur des jeunes et d'avoir tout fait pour rendre leur tâche plus douce et plus agréable.

Et. Bernard.

Vie et rajeunissement, par le Dr Francesco Cavazzi, 1 vol. in-8 de 100 pages. Prix : 22 francs (*Doin, éditeur*).

Il s'agit d'une nouvelle méthode générale de traitement et des expériences de rajeunissement faites à Bologne et à Paris. Reprenant les études de Brown-Séquard et de d'Arsonval sur les extraits glandulaires, l'auteur a pensé que les hormones testiculaires passaient directement et rapidement dans le sang efférent.

Mais comme elles disparaissent aussi rapidement du sang de la circulation générale, parce qu'elles sont captées par les tissus sur lesquels elles se fixent, il y a lieu d'employer, du sérum de *sang testiculaire efférent* d'animal jeune et sain.

On comprend que ce procédé soit très supérieur à la simple transfusion de sang jeune, puisque ce sang a perdu une grande quantité de ses hormones testiculaires en se répandant dans l'organisme. On comprend aussi que ces hormones ne se trouvent qu'en petite quantité dans la glande elle-même qui est la « fabrique des hormones » mais ne les utilise pas. Celles-ci ne se trouvent au maximum et à l'état de pureté que dans le sang efférent des glandes étudiées. « Il est certain qu'en suivant la voie des extraits, la médecine ne fera pas un pas en avant, ni au point de vue scientifique, ni au point de vue pratique. Les extraits glandulaires n'ont qu'une action pharmacologique ou éphémère, jamais une action biologique ou durable. »

A la suite d'expériences faites à Bologne puis à Paris (hospice d'Ivry), l'auteur a fait les constatations suivantes : des hommes de soixante à quatre-vingt-cinq ans qui présentaient une amélioriation de l'énergie générale, avec résistance plus grande à la fatigue, à la marche, une augmentation de poids, une régularisation de la défécation, émission plus facile et plus énergique des urines, une amélioration de la fonction sexuelle ou son réveil dans des cas où elle paraissait éteinte, enfin une amélioration du psychisme. Ces résultats ont été contrôlés par Charles Richet, Guy Laroche, Gley et Claude Gautier.

Et. Bernard.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de G.-H. Roger, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — T. VII : ***Sang et lymphe, réactions d'immunité***, 2e *édition* par MM. Ch. Achard, Justin-Besançon, A. Besredka, Léon Binet, J. Bordet, L. Cuénot, H. Delaunay, R. Fabre, J. Jolly, M. Laudat, Ph. Pagniez, G.-H. Roger, E. Schulmann, P.-E. Weil, E. Zunz. 1 vol. de 730 pages avec figures, broché, 100 fr. ; relié, 120 fr. (*Masson et Cie, édit., à Paris*).

Ce tome du *Traité de physiologie* paraît en 2e édition. Il est entièrement consacré au sang, à la lymphe ainsi qu'aux réactions d'immunité.

Tous les articles ont été revisés et un certain nombre d'entre eux ont subi des modifications importantes.

Les articles consacrés à l'étude des éléments figurés du sang et à celle de leur origine (Jolly, Pagniez, G.-H. Roger), les chapitres sur les hémorragies et la transfusion (Delaunay, Weil) ont été remis à jour ; il convient d'attirer l'attention sur les excellents documents photographiques de J. Comandon sur le sang qui viennent illustrer les premières pages de ce tome.

La Biochimie du sang a été considérablement amplifiée. A côté de l'article de Fabre sur l'hémoglobine, il faut souligner l'important chapitre écrit par M. Laudat, portant sur les *constituants chimiques du sang chez l'homme et chez l'animal*, à l'état normal et à l'état pathologique. Le biologiste et le médecin auront ainsi sur ce sujet dans un seul article une documentation très complète. L'importante question de la coagulation du sang a été magistralement traitée par E. Zunz, qui expose les théories de ce phénomène, et étudie les facteurs de la coagulation ainsi que les divers coagulants dont l'analyse est très poussée.

M. Ch. Achard a augmenté considérablement le chapitre consacré au système lacunaire.

A côté de la lymphe, MM. Léon Binet et Justin-Besançon étudient la circulation lymphatique et rapportent les travaux originaux et les illustrations de Pecquet.

Enfin les articles importants de J. Bordet sur l'immunité, les antigènes et les anticorps, et de A. Besredka sur l'anaphylaxie et la sensibilisation, ont été très amplifiés.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons, par le Dr E. Contet. 1 vol. de 176 pages avec 72 figures (*Croix-Rouge française, Union des Femmes de France*). 8 francs (*Masson et Cie, édit., à Paris*).

Ce petit précis correspond au programme des *Cours élémentaires d'hygiène, de soins aux malades et de puériculture*, organisés par l'Union des Femmes de France, parallèlement à la préparation au diplôme d'infirmière. Il ne comporte pas d'indications théoriques, mais rien que de la pratique, c'est dire qu'il intéressera également toutes les personnes soucieuses de connaître les soins élémentaires susceptibles d'être appliqués dans n'importe quelles circonstanees de la vie courante.

Les différents chapitres sont groupés sous les rubriques suivantes :

La garde-malade. Le malade. Le médecin.
La lutte contre l'infection.
Les petites interventions chirurgicales courantes.
Les petits soins d'urgence de la pratique courante.
Conduite à tenir en cas d'accident.
La lutte contre la mortalité dans la première enfance.
Hygiène générale du nourrisson.
Glossaire des termes médicaux.

Conférences cliniques de médecine infantile (*Deuxième série*), par le Dr H. Grenet. 1 volume in-8° de 268 pages: 30 francs (*Vigot*, 1933).

Paru il y a quelques mois déjà, ce livre doit être signalé parmi les ouvrages consacrés à la médecine des enfants comme l'un des plus utiles à lire. On sait la valeur clinique de son auteur et la conviction avec laquelle il défend ses idées. Dans cette nouvelle série de leçons il envisage les sujets les plus variés. Plusieurs leçons sont consacrées à l'étude de la diphtérie, de ses formes malignes, de ses formes larvées et occultes, des paralysies, des laryngites suffocantes, du traitement actuel de la diphtérie. Deux leçons retracent l'histoire des affections congénitales du cœur, une autre celle des lésions diaphragmatiques. Les accidents nerveux de la coqueluche, les néphrites aiguës de l'enfance, la leucémie aiguë, le kala-azar, la fièvre du nourrisson, l'eczéma sont l'objet d'autres exposés simples et clairs et riches en remarques utiles. Enfin M. H. Grenet les a fait précéder de quelques pages nettes et suggestives sur la moralité en médecine et les règles qui en découlent.

P. L.

Étude clinique de l'appendicite, par le Dr A. Rastouil, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° carré de 104 pages, 15 francs (*Expansion scientifique française*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-6e).

Ce petit volume, clair et concis, met sous les yeux des praticiens les connaissances essentielles qu'ils peuvent désirer sur ce sujet.

Après quelques pages d'historique, l'auteur passe en revue les causes de l'appendicite et rappelle les controverses qui règnent encore au sujet des facteurs étiologiques.

Les formes cliniques sont longuement étudiées et leur description est accompagnée d'observations personnelles. La forme subaiguë que l'auteur appelle « appendicite signal » est individualisée. Les complications de l'appendicite, les principales affections avec lesquelles cette maladie a été confondue sont clairement mises en relief.

Cette étude se termine par un exposé rapide du traitement médical et chirurgical. Ce travail, fait par un chirurgien expérimenté, sera utilement consulté par le praticien.

Radiologie de la vésicule biliaire, par le Dr Nemours-Auguste. 1 vol. in-8 de 186 pages. Prix : 45 fr. (*Masson et Cie, édit., Paris*).

L'auteur, qui s'est consacré depuis longtemps à la radiologie de la vésicule biliaire, a fait le premier, avec Tuffier, connaître en France, dès octobre 1924, les travaux américains sur l'opacification vésiculaire par les dérivés métalliques de la phénolphtaléine. On sait quel développement a pris, depuis, cette méthode.

Après avoir étudié radiologiquement les fonctions de la vésicule et discuté les théories diverses relatives à la concentration, puis à l'excrétion vésiculaire, Nemours-Auguste donne les techniques d'exploration et décrit les vésicules normales, basses, atoniques, celles des cholécystites chroniques, les vésicules lithiasiques, et il discute les causes d'erreur radiologique.

Ce livre est très riche en documentation bibliographique étrangère ; il apporte une série de faits personnels et il rendra service aux nombreux cliniciens un peu désorientés par les opinions contradictoires sur le rôle de la vésicule en physiologie et en clinique. après l'énorme travail accompli en ces dernières années.

P. C.

L'aérophagie, par le Dr Leven, 3e *édit.* 1 vol. in-8 de 270 pages. Prix : 20 francs (*Doin, édit., Paris*).

Cette troisième édition montre le succès d'un livre qu met en valeur les phénomènes d'aérophagie, diagnostic devenu si courant et si satisfaisant pour les malades.

L'action appelle l'attention sur l'aérogastrie et l'aérocolie, ces « grandes simulatrices » qui font croire parfois à des cardiopathies, à de l'asthme, à de l'occlusion intestinale, etc. Il s'étend moins sur le phénomène inverse où l'aérophagie masque souvent des lésions organiques qui la provoquent et qui se dissimulent parfois sous une étiquette rassurante...

P. C.

VARIÉTÉS

LA NOUVELLE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON (PROFESSEUR GEORGES MOURIQUAND)

Par le Dr Louise WEILL
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté.

La clinique médicale infantile de la Faculté de médecine de Lyon, qui était située depuis sa fondation dans le vieil hôpital de la Charité, au centre même de Lyon, a été, le 8 juin 1934, transportée dans le nouvel hôpital de Grange-Blanche, situé à l'est de Lyon sur la route de Grenoble. Cet hôpital, dont les plans ont été établis par M. Tony Garnier, Prix de Rome d'architecture, sur l'initiative de la municipalité lyonnaise (avec la collaboration de M. Durand), réunit toutes les cliniques de la Faculté. La nouvelle Faculté se trouvant en face de l'hôpital, de l'autre côté de la route de Grenoble, les deux établissements correspondent directement par un vaste souterrain.

L'école des Infirmières et des visiteuses du Sud-Est est également en face de l'hôpital, le tout formant une vaste cité médicale moderne.

Au moment où furent conçus et adoptés les plans, la grande nouveauté consistait à bâtir des hôpitaux formés de pavillons séparés.

L'hôpital occupe 16 hectares et comprend 19 pavillons renfermant 23 services : 13 cliniques de la Faculté, 10 services hospitaliers ; un service d'urgence, le centre anticancéreux et 11 bâtiments consacrés aux services généraux et administratifs.

Situation de la clinique. — La Clinique médicale infantile, ou Pavillon S de l'hôpital, est située sur une élévation le long de la route de Grenoble, c'est-à-dire au sud-est de l'hôpital. Sur la même élévation se trouve, immédiatement à côté d'elle, la clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie, et encore plus au sud-est la clinique d'oto-rhino-laryngologie ; ces trois pavillons formant un véritable quartier bien distinct et parfaitement exposé.

Schéma du pavillon. — Ce pavillon affecte la forme d'un trident aux trois branches d'inégales longueurs, la branche est (branche B) étant la plus longue, les branches intermédiairs (branche C) et ouest (branche D) étant sensiblement plus petites. Ces branches sont dirigées vers le sud, ont ainsi une bonne insolation, ce qui est nécessaire car c'est là que se trouvent les chambres de malades, tandis que l'aile centrale réunissant les branches (portion A) est orientée au nord et contient les services généraux, salles de consultations, laboratoire, amphithéâtre de cours, etc. (fig. 1).

Ce pavillon comporte deux étages de malades ayant chacun une hauteur de $4^{m},20$: le rez-de-chaussée et le premier étage, un deuxième étage et un sous-sol. Sous les branches du trident ce sous-sol est peu utilisé, sauf, comme nous le verrons, pour la climatisation ; sous la portion centrale (A) au contraire se trouvent des laboratoires, la plage de rayons ultra-violets, la cuisine diététique, etc. Ces souterrains sont parfaitement éclairés par des cours anglaises.

Le chauffage est assuré par des radiateurs à eau chaude, la ventilation réglée par des gaines d'aération et par une ventilation spéciale. Un grand escalier réunit les étages et est situé entre les branches est et intermédiaire du trident. Un vaste ascenseur prévu pour contenir un lit assure le transport commode des malades. Il existe un petit escalier secondaire situé en face de la branche intermédiaire et un autre au niveau de la branche est.

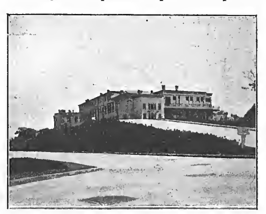
Deux monte-charges permettent d'élever facilement les aliments, la pharmacie, et débouchent vers les offices dont nous reparlerons ultérieurement.

L'éclairage électrique est fourni par de nombreuses lampes, des veilleuses bleues assurent l'éclairage nocturne, de nombreuses prises de courant ont été prévues.

Le sol est formé de carreaux de grès blanc ; les murs sont de peinture lavable, à teintes claires variables avec les étages, et partout où c'est nécessaire, w.-c., salles de pansement, etc., il existe un revêtement de faïence.

Partout existent de nombreux postes de lavage, d'écoulement pour l'eau de lavage, et de très nombreuses bouches d'incendie ou extincteurs, quoique le bois ait été banni, sauf cependant des portes.

A noter également que, dans le pavillon, un poste téléphonique permet de communiquer avec l'extérieur et tous les offices et toutes les salles sont réunies par un téléphone automatique entre eux, avec les autres pavillons et les services généraux.



Le pavillon de la clinique médicale infantile (fig. 1).

Une autre installation pratique est le système pneumatique (comparable à celui qui existe dans certaines banques) qui réunit les offices de chaque salle avec la pharmacie et permet d'envoyer d'urgence la demande de tel ou tel médicament, directement de l'office à la pharmacie par une cartouche.

Ce pavillon S communique avec les cliniques voisines et avec tout l'hôpital par des souterrains, vastes galeries, hautes de $3^{m},25$, larges de 3 mètres parfaitement, bien éclairées par des « cours anglaises » ou par le plafond. La longueur totale de ces galeries est de 4 kilomètres.

C'est par elles que toute la tuyauterie (eau froide, chaude, vapeur, tubes pneumatiques, etc.) — dépassant 11 000 m. de longueur, — tous les câbles électriques arrivent à tous les pavillons. Chaque type de conduite est peinte de couleur vive et différente, rouge, bleu, vert, jaune, etc., indiquant ainsi aux techniciens son rôle exact.

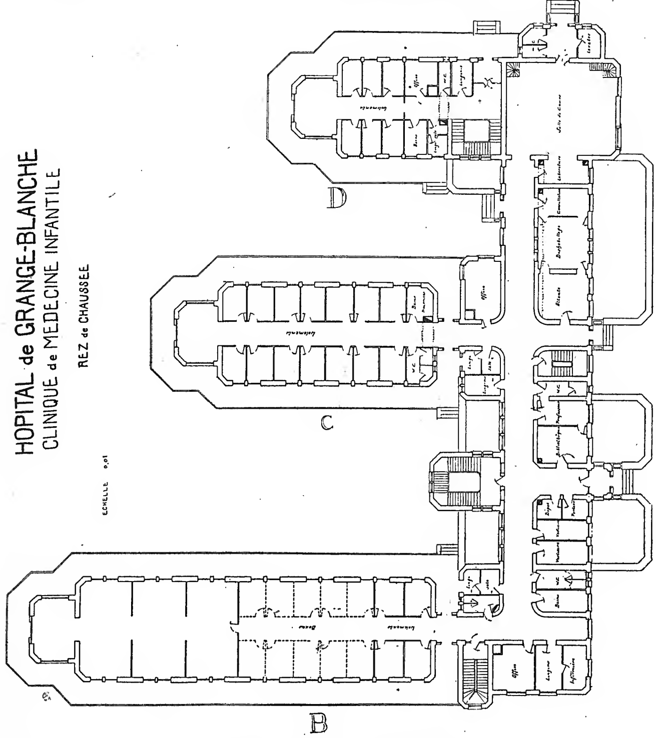
Par ces galeries aussi sont transportés les malades. On y voit des infirmiers à bicyclette, des chariots électriques (ressemblant à ceux des gares) transportant les matériaux nécessaires, régime, etc., aux malades.

VARIÉTÉS *(Suite)*

La clinique. — Elle comprend donc quatre étages que nous allons envisager successivement.

1° **Rez-de-chaussée.** — Etage peint en bleu clair, comprend :

(entrée des élèves) où l'on voit à droite et à gauche des vestiaires, des lavabos, des w.-c. pour les étudiants. Naturellement on y trouve un tableau, écran de projections, salle de projections, etc.



Un plan du rez-de-chaussée de la clinique de médecine infantile (fig. 2).

a. AILE CENTRALE A. — Un très grand amphithéâtre contenant 165 places et d'aspect très moderne. Il possède deux entrées : l'une communiquant avec le service (entrée du professeur), l'autre directement avec l'extérieur

Le service de consultation est situé à côté. Une entrée spéciale conduit les consultants dans une salle d'attente qui est séparée de la salle d'examen par une série de boxes de déshabillage. Ce service est disposé de telle

VARIÉTÉS *(Suite)*

sorte qu'après l'examen l'enfant peut être ou dirigé vers la sortie ou introduit dans l'amphithéâtre s'il présente un intérêt pour l'enseignement.

Entre l'amphithéâtre et le service de consultation, petite salle où sont les archives du service : observations, etc. (fig. 2).

Au delà de l'entrée de la consultation on arrive au



Une chambre de la salle Ed. Weill au rez-de-chaussée, aile Est B (fig. 3).

petit escalier secondaire, au cabinet du professeur de clinique, à la bibliothèque.

Nouvelle entrée, qui est, cette fois, l'entrée principale du pavillon.

Au delà et immédiatement à gauche de cette entrée se trouve le siège de l'Œuvre Grancher : petit local où les familles viennent se présenter à la directrice de l'Œuvre et les archives de cette œuvre.

Au delà encore : vestiaires des externes et internes et vestiaires des assistants.

b. BRANCHE EST B. — C'est la plus importante des trois ailes. Au rez-de-chaussée, c'est la *salle Edmond Weill* qui contient des lits de garçons de deux à quinze ans. Cette salle comprend une *zone proximale* où l'on rencontre :

un cabinet avec salle de pharmacie, et nécessaire de préparation des piqûres ;

une lingerie ;

un cabinet de repos pour les sœurs infirmières ;

un service de vidanges et w.-c., de linge sale ;

une office : véritable cuisine, avec frigidaire, armoire chauffante, grand réchaud à gaz, évier avec eau chaude et froide, placard, appareil pneumatique ;

un escalier.

La *zone distale* comprend une salle de jeux ou salle à manger pour les enfants, comportant trois parois de baies vitrées et une seule paroi murale qui la fait communiquer avec la *zone moyenne* : c'est la salle de malades proprement dite. On voit d'abord de chaque côté d'un couloir central un certain nombre de chambres séparées pour les enfants les plus malades. Ces chambres ont des lavabos avec eau chaude et froide et des baignoires (fig. 3).

Puis à droite et à gauche, des boxes pour les enfants moins sérieusement atteints, toujours avec eau chaude et froide.

Enfin une grande salle divisée par trois cloisons de chaque côté pour les enfants peu malades ou chroniques.

De larges terrasses s'étendent sur les deux faces de cette salle, de même que sur les faces de toutes les salles de ce pavillon. Elles sont au niveau du plancher de la salle et des chambres et on y accède par de larges portes-fenêtres, ce qui permet d'y transporter facilement les petits malades dont les lits sont montés sur roulettes.

c. BRANCHE INTERMÉDIAIRE C. — C'est la *salle Hutinel*, toute en chambres séparées, qui est consacrée aux bébés malades nourris au sein par leur mère.

Ici encore : dans la *zone proximale* : office, salle de bains des nourrices, réfectoire des nourrices, lingerie, etc. ;

Dans la *zone distale* : salle d'examen des nourrissons.

La *zone centrale* est occupée par les chambres qui comprennent deux lits, celui de l'enfant et celui de la mère, lavabo avec eau chaude et froide, baignoire pour l'enfant.

Deux chambres sont toujours occupées par deux nourrices mercenaires qui, tout en allaitant leur enfant au sein, fournissent du lait de femme pour les enfants qui en ont besoin et qui sont soignés à l'étage au-dessus.

Ce lait est prélevé aseptiquement au moyen d'un tire-lait électrique et jamais les enfants ne sont mis directement au sein.

Ce procédé nous donne d'excellents résultats, il est indolore, pratique et permet d'exprimer le sein beaucoup plus complètement que par la succion de l'enfant, en évitant toute contamination.



Salle des filles 1er étage, aile Est B'. La photographie est prise au milieu de l'aile, au niveau des boxes (fig. 4).

2° **Premier étage.** — Etage peint en jaune clair, comprend :

a. AILE CENTRALE A'. — D'abord une série de laboratoires de pratique courante : laboratoire de chimie où se font les examens d'urines, etc. ; laboratoire de bactériologie : recherche du Löffler, hématologie, cytologie, etc. ; laboratoire d'histologie, laboratoire du professeur ;

l'escalier secondaire ;

salle de radioscopie et de radiographie avec, attenant :

VARIÉTÉS *(Suite)*

d'un côté laboratoire de photographie, de l'autre côté salle d'électricité comprenant : ultra-violets, électro-diagnostic, chronaxie, etc.;

puis salle d'opérations ou de pansements ;

salle de métabolisme basal.

b. BRANCHE EST B'. — Conçue sur le même type qu'au rez-de-chaussée; c'est là que se trouve la salle des filles de deux à quinze ans (fig. 4).



Un coin de la plage artificielle (fig. 5).

c. BRANCHE INTERMÉDIAIRE C'. — C'est la salle des nourrissons de zéro à deux ans, nourris artificiellement. Elle comprend aussi *dans la partie proximale* : l'office, la salle de change, la lingerie, etc. ;

Puis des chambres séparées à droite et à gauche avec lavabo et baignoire, une chambre couveuse.

La *portion moyenne* est occupée par des boxes.

La *portion distale* est la chambre d'examen.

Cette salle est climatisée.

d. **Branche ouest : rez-de-chaussée et premier étage.** — C'est sciemment que nous n'en avons pas encore parlé. Cette branche complètement indépendante du pavillon ne correspond avec lui que par le sous-sol, mais présente également une entrée spéciale. Elle comporte deux étages reliés par un escalier et un ascenseur. Chaque étage comprend six chambres toujours du même type et une office, etc. Cette branche est réservée aux enfants suspects de maladie contagieuse, les maladies contagieuses étant toujours évacuées sur le service spécial de la Croix-Rousse.

3° **Deuxième étage.** — Peint en gris clair. Là se trouvent les chambres pour les sœurs, seulement d'ailleurs dans l'aile centrale A''. Elles sont confortables, bien aérées, pourvues chacune d'un lavabo avec eau chaude et froide. Des w.-c. et une salle de bains sont situés sur cet étage. De vastes terrasses pouvant convenir à l'héliothérapie s'étendent sur les autres ailes.

4° **Sous-sol.** — Le sous-sol aménagé n'occupe, comme nous l'avons déjà dit, que l'aile centrale A, sauf en ce qui concerne la climatisation qui se trouve dans l'aile intermédiaire C.

On rencontre d'abord :

une plage de rayons ultra-violets avec vestiaire attenant (fig. 5) ;

des laboratoires de recherches : laboratoire de chimie, laboratoire de bactériologie et cuisine, laboratoire pour les animaux en expérience, une chambre des balances. En face se trouve : une chambre noire pour le rachitisme expérimental, un chenil d'hiver et un chenil d'été situé dans une cour ;

enfin une cuisine diététique composée de trois chambres ;

une pièce pour le lavage des bouteilles et tétines où toutes les manipulations se font mécaniquement.

une chambre froide avec grand frigidaire, placards de réserve.

La cuisine proprement dite, où les biberons et les tétines sont stérilisés, le lait pasteurisé et où les plats de régime les jus de fruits sont préparés pour les nourrissons. Les régimes spéciaux des grands enfants : diabétiques, albuminuriques, anémiques, sont aussi exécutés dans cette cuisine dans laquelle trois cuisinières travaillent toute la journée. (fig. 6).

Chaque matin les fiches des régimes prescrits par le personnel médical sont envoyées à la cuisine en même temps que les sœurs et les infirmières les relèvent sur les feuilles de température des enfants.

Il faut enfin ne pas quitter le sous-sol sans visiter l'appareil de climatisation situé sous la branche intermédiaire C.

L'air extérieur est aspiré, filtré ; il passe en hiver sur des plaques chauffantes, en été au milieu d'un courant d'eau de la ville, puis par deux conduits envoyé directement dans les deux salles où sont hospitalisés les nourrissons :



Une vue de la cuisine diététique (fig. 6).

au rez-de-chaussée, salle Hutinel pour nourrices et nourrissons ; au premier étage, salle des nourrissons. Ces deux salles ont ainsi une température constante et un état hygrométrique invariable.

Telle est dans ses grandes lignes l'organisation de la clinique médicale infantile de la Faculté de médecine de Lyon.

La salle de la Mappemonde au Palais communal de Sienne, dans laquelle eut lieu la séance d'ouverture. Sur le mur du fond, la *Vierge au Baldaquin* de Simone Martini (fig. 1).

LE XVe CONGRÈS DES PÉDIATRES ITALIENS A SIENNE

19-23 septembre 1934.

par le professeur **P. LEREBOULLET.**

Il y a trois ans, je disais ici même le succès du XIVe Congrès des pédiatres italiens tenu à Florence, l'accueil que mes amis Mouriquand et Péhu et moi-même nous y avions reçu, l'intérêt et l'animation des séances. En 1934, la Société italienne de pédiatrie a choisi Sienne pour grouper ses nombreux membres autour de leur cher et actif président, le professeur Allaria, de Turin. Sienne, fidèle à sa devise célèbre : *Cor magis tibi Sena pandit*, a ouvert son cœur aux pédiatres qu'elle accueillait et, sous la belle lumière du ciel italien, ils purent, tout en participant aux séances de travail du Congrès, jouir des merveilleuses richesses d'art et de nature de Sienne et de ses environs.

La séance inaugurale de ce XVe Congrès se déroula dans la salle de la Mappemonde du Palais communal, qui offrait un cadre unique à cette cérémonie. Devant l'admirable fresque de Simone Martini qui, après sept cents ans, a gardé une délicieuse fraîcheur d'expression (fig. 1), étaient groupés autour de S.-E. Albertini, sous-secrétaire à la Justice, le Podestat, le recteur et les personnalités officielles en face d'une très nombreuse assistance.



L'insigne des congressistes avec la Louve de Sienne (fig. 2).

Après d'éloquentes paroles du podestat et le salut de bienvenue du professeur G. Salvioli, directeur de la Clinique pédiatrique de Sienne, le professeur Allaria, président de la Société italienne de

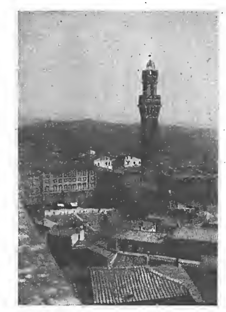
pédiatrie, fit un saisissant exposé de l'activité des pédiatres italiens pendant ces trois dernières années et trouva d'aimables paroles pour saluer les pédiatres étrangers présents, particulièrement nos collègues le professeur Fanconi, de Zurich, le Dr de Reynier de Neuchâtel et ceux qui, avec moi, représentaient la France, nos amis Péhu et Bernheim, de Lyon. J'eus l'honneur de dire, au nom de mes collègues suisses et français, notre joie de nous retrouver au milieu de la famille pédiatrique italienne, unie et vivante, qui sait si bien mener la lutte pour la protection de la mère et de l'enfant et qui, grâce à un bel effort de volonté et d'union, arrive dès maintenant à de si beaux résultats. L'accueil qui fut fait à mes paroles souligna la sympathie que nous portent nos amis italiens. S. E. le sous-secrétaire d'État Albertini vint à son tour saluer les congressistes et dire tout l'intérêt que porte le gouvernement fasciste à leur effort, et la séance se termina par l'exposé des résultats obtenus par l'Œuvre nationale de la maternité et de l'enfance, et par la Mutualité scolastique.

Dans l'après-midi, après une réception des congressistes par le recteur de l'Université, le prof. G. Petragnani, eut lieu l'ouverture des séances de travail où furent discutés successivement, *les septicémies du nouveau-né et du nourrisson*, *les indications climatothérapiques dans l'enfance*, *le système nerveux autonome chez l'enfant*. Sur le premier sujet, MM. Bocchini, Gerbasi, Vaglio firent de substantiels exposés précisant les divers aspects de la question. La climatothérapie eut pour rapporteurs MM. Bentivoglio, A. Foa, Magni. Enfin MM. Careddu, Gnassardo, Trambusti montrèrent tout l'intérêt et la complexité du troisième sujet. Je ne puis ici énumérer les communications multiples et intéressantes qui furent faites à la suite de ces rapports. Elles témoignèrent par leur abondance et leur variété du labeur considérable, tant dans le domaine du laboratoire que dans celui de la clinique, de nos confrères italiens. Réunis à Sienne au nombre de plus de trois cents, ils rivalisèrent de zèle et d'enthousiasme. Nous eûmes aussi l'heureuse fortune d'entendre une vivante conférence du professeur Putti, de Bologne, sur la luxation congénitale de la hanche et son traitement précoce. Il fut acclamé.

Le soir de la première journée, les congressistes étaient conviés par le Podestat à une réception et à un fort beau concert dans les somptueuses salles du Palais communal, où tous purent admirer, avec les chefs-d'œuvre de la peinture siennoise, merveilleusement éclairés, les magnifiques costumes et les drapeaux du Palio siennois, si justement vanté.

Les jours suivants, ceux que ne retenait pas l'ardeur des discussions médicales purent visiter les multiples richesses artistiques de Sienne, ses églises, ses musées aimablement ouverts à notre admiration, ses rues pittoresques et même ses hôpitaux. Ils eurent aussi, en de rapides randonnées, un aperçu des environs de Sienne, de Volterra, si réputée pour ses tombes étrusques, de Monte Oliveto Maggiore avec son impressionnante abbaye, de tant d'autres coins faits pour l'enchantement des yeux.

Le banquet traditionnel, très nombreux et

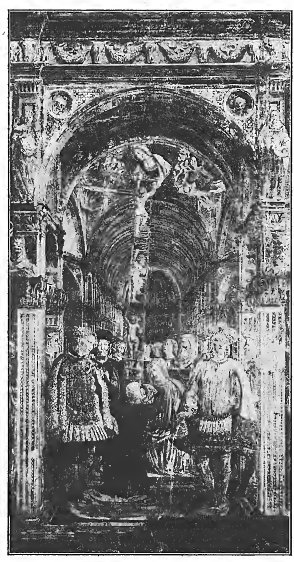


Sienne et le Palais communal (fig. 3).

animé, fut l'occasion de discours où se manifesta une fois de plus la sympathie de nos amis italiens pour ceux qui participent à leurs Congrès ; mes collègues Péhu et Bernheim, Mlle le Dr Guillotel (de Lyon) et moi-même, nous fûmes, avec nos confrères suisses, émus des paroles que prononça à notre égard le président Allaria, et des applaudissements qui les saluèrent. Comment répondre à cette chaude amitié, sinon en disant très haut combien cet accueil du cœur nous touchait en cette ville de Sienne dont les artistes, s'ils ont, comme on l'a dit, la fureur de la beauté, ont aussi à l'égard de l'enfance une infinie tendresse qui éclate dans leurs œuvres, si pleines de charmantes attitudes des enfants vis-à-vis de leur mère ; elle se manifeste même lorsque, ayant à figurer les enfants abandonnés, qui n'ont, hélas, pas de mère à caresser, ils les représentent comme Vecchietta à l'hôpital de Sainte-Marie de la Scala,

VARIÉTÉS *(Suite)*

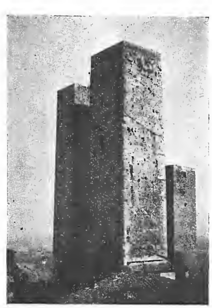
montant à l'échelle pour tomber dans les bras de a Madone (fig. 4). Heureusement, en Italie comme



Les enfants abandonnés et la Madone.
Fresque de Vecchietta à l'hôpital de Sainte-Marie de la Scala (fig. 4).

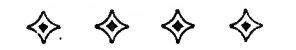
en France, cette mort fatale des abandonnés n'est plus qu'un souvenir du lointain passé et tout ce que nous avons vu montre que l'effort des pédiatres italiens, sous l'impulsion de leurs maîtres Allaria, Comba, R. Jemma, Valagussa, Spolverini, etc., a triomphé de tous les obstacles et a réussi à faire vivre une jeunesse saine, ardente et riche des plus belles promesses d'avenir.

Au banquet firent suite des excursions à San Gimignano d'abord, aux tours multiples et impressionnantes, aux fresques admirables (fig. 5), puis à Pienza, Montepulciano, Chianciano et Chiusi. Que de richesses ainsi admirées en ce beau pays



San Gimignano et ses tours (fig. 5).

plein d'histoire ! Et qu'il est réconfortant de voir la cordiale entente des pédiatres italiens, heureux de ces assises qui les aident à se retrouver, à confronter leurs idées, à permettre à toute une jeune phalange d'apporter ses premiers travaux et de prendre une part active aux discussions. En 1937, après le Congrès international de 1936 à Rome, les pédiatres italiens se réuniront à Gênes où le professeur Pacchioni les accueillera. Puissions-nous, plus nombreux, venir de France participer à ces journées toujours réconfortantes et applaudir au bel effort de la pédiatrie italienne.



VARIÉTÉS *(Suite)*

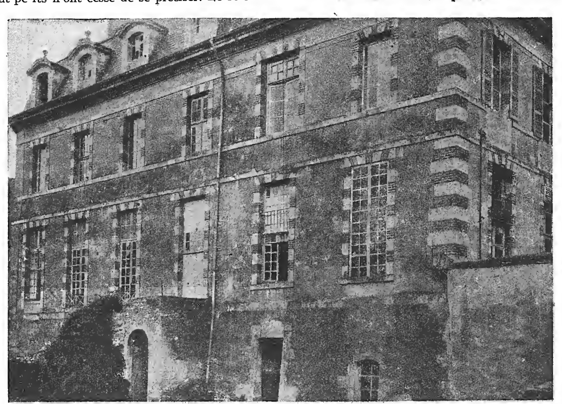
LA PUÉRICULTURE EN MILIEU RURAL

Les œuvres d'assistance aux nourrissons de la Ferté-Bernard.

Par J.-J. GOURNAY

Depuis la fondation en France, en 1892, de la première consultation de nourrissons par Budin, de nombreuses œuvres s'adressant à la première enfance ont vu le jour, et les règles de l'action médico-sociale dans l'assistance à apporter aux tout-pe its n'ont cessé de se préciser. Le rôle du médecin notamment s'est notablement modifié. Autrefois il était exclusivement un thérapeute. « Actuellement, ainsi que l'a excellemment dit le professeur Lereboullet, il est avant tout un puériculteur et un hygiéniste, s'efforçant de prévenir avant de chercher à guérir. En donnant de bons conseils aux mères, dès la grossesse et après la naissance, en en facilitant la réalisation par une aide matérielle et morale organisée, il a la certitude de diminuer la morbidité et la mortalité des nourrissons. De plus en plus d'ailleurs, il est appelé à aider à la réalisation des œuvres sociales nécessaires pour que soit efficace la protection des enfants du premier âge. »

Certes, c'est surtout dans les agglomérations urbaines que se faisait sentir le besoin d'œuvres d'assistance au nourrisson, et c'est là d'ailleurs qu'elles ont atteint leur développement maximum. Il n'en est pas moins vrai que, avec quelques variantes, de semblables organisations rendent à la campagne les plus grands services. Là peut-être plus qu'en ville le rôle du médecin prend une importance primordiale ; il y peut être facilement l'animateur d'œuvres intéressantes et c'est à lui plus qu'à un autre, et sans doute plus qu'en ville, qu'il appartient de faire surgir les bonnes volontés, de les coordonner, de les diriger.



La Pouponnière, dans l'ancien monastère « Les Filles de Nostre-Dame » (1690). (fig. 1.)

Ainsi les choses se sont passées à la Ferté-Bernard (Sarthe), petit chef-lieu de canton rural dans lequel la puériculture a maintenant une place prépondérante ; un de nos confrères, le Dr Collière, a su y faire partager à des gens de bien sa passion pour les tout-petits, y constituer un groupe d'œuvres se complétant heureusement et étendant leur excellente influence à de nombreux nourrissons.

Il me paraît particulièrement instructif de reproduire ces quelques lignes écrites par le Dr Collière et qui dépeignent bien la situation avant la mise en œuvre des moyens médico-sociaux qui existent aujourd'hui.

« Installé depuis 1907 comme médecin dans la Sarthe, j'eus à m'occuper dès les débuts, en qualité de médecin inspecteur, d'une circonscription

VARIÉTÉS *(Suite)*

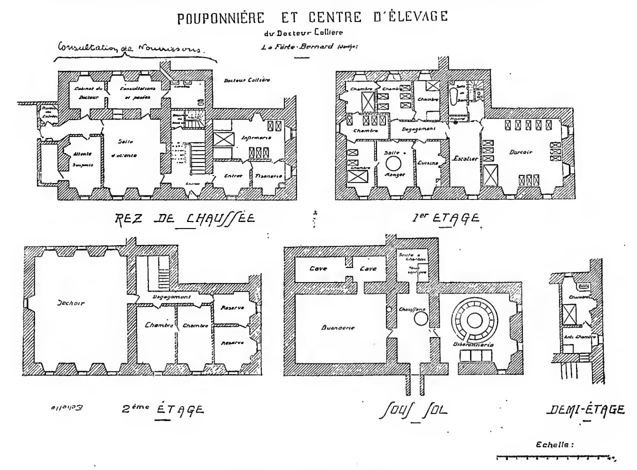
de nourrissons, au titre de la protection des enfants du premier âge.

« Six communes formaient cette circonscription. Elle comportait une soixantaine de nourrices disséminées dans la campagne et qui élevaient cent cinquante nourrissons environ. Le mode d'allaitement pour la plupart d'entre eux était le biberon. Il y avait cependant une dizaine d'enfants nourris au sein.

« Le prix moyen des placements oscillait entre 25 et 30 francs par mois.

« Le recrutement des nourrissons était invariaraient bien voulu prendre en garde des nourrissons parisiens. Elles ne pouvaient s'en procurer devant l'impossibilité qu'elles étaient de s'astreindre, à l'instar des nourrices professionnelles, à abandonner leur ferme et leur famille pour fréquenter les bureaux de placement parisiens.

« En ces temps, la mortalité infantile était fort élevée. Les périodes de grande chaleur (comme celle de l'été 1911) faisaient des hécatombes d'enfants. J'ai connu une nourrice dont les trois nourrissons périrent dans la même semaine, emportés successivement par la gastro-entérite.



Pouponnière et centre d'élevage (fig. 2).

blement le même : la femme de campagne s'adressait à un bureau parisien de placement de nourrissons. Celui-ci convoquait la nourrice à Paris, la prenait en pension jusqu'à ce qu'arrivât son tour d'inscription à la préfecture de police, et prélevait une commission pour son rôle d'intermédiaire. Le séjour à Paris durait souvent plusieurs jours, parfois une semaine entière. Pendant ce temps la famille de la nourrice était à l'abandon.

« Il n'y avait que fort peu d'enfants placés directement par les familles. Souvent, de petites fermières, possédant une ou deux vaches, au-

« La plus forte mortalité se rencontrait dans les coins les plus reculés de la campagne, chez des nourrices habitant quelques masures inaccessibles à l'automobile, au milieu d'un bois parfois, ou bien à l'extrémité d'un champ qu'il fallait traverser à pied. Là, pas de visite à l'improviste !... A l'approche du médecin, signalée par les aboiements d'un chien, la nourrice s'empressait de changer la couche de l'enfant « salie à l'instant », comme par hasard, mais qui laissait apparaître des fesses macérées. La nourrice avait prestement subtilisé le biberon à tube, mais une re-

VARIÉTÉS *(Suite)*

cherche approfondie sous la paillasse l'y faisait souvent découvrir. »

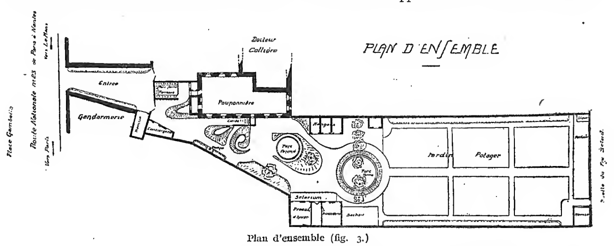
Après la guerre, cette situation déplorable fut encore aggravée. Les médecins, qui manquaient déjà d'autorité sur les nourrices puisqu'ils n'avaient aucune influence sur les placements d'enfants, ne purent obtenir de l'Administration des tarifs d'inspection qui fussent en rapport avec l'augmentation de toutes choses et principalement des frais de transport.

C'est cet état de choses assez lamentable, qui a déterminé à la Ferté-Bernard la création d'une consultation de nourrissons, d'une pouponnière et d'un centre d'élevage.

La consultation de nourrissons. — En 1922, sur l'initiative de M. Desnos, maire de la Ferté-Bernard, naissait d'une réunion qui groupait surtout les maires et les médecins du canton l'œuvre « Pour nos Petits ». Son premier soin fut de fonder une consultation de nourrissons qui fut faite dans une salle de l'hôpital, tour à tour par les trois médecins de la ville : les Drs Collière, Meulle et Duvacher. Dès 1924, le siège de la consultation fut transporté à la Pouponnière dont nous aurons à parler et où elle fonctionne toujours avec le plus grand succès. Le nombre des présences y va sans cesse en croissant, ainsi que l'indiquent les chiffres ci-dessous :

1925	623	1930......	1 140
1926	650	1931......	1 041
1927	725	1932......	1 237
1928	878	1933......	1 489
1929	839		

Les consultations sont assurées tous les quinze jours. Une partie du rez-de-chaussée de la Pouponnière leur est réservée. Deux grandes salles d'attente, une pour les nourrissons sains, l'autre pour les suspects, une salle de consultation et de pesée, le bureau du médecin et un lavabo constituent l'ensemble de la consultation. Tous les enfants ont une courbe de poids soigneusement tenue à jour par Mme Chevet (1), la présidente de l'œuvre, qui surveille elle-même toutes les séances ; les fiches sont annotées par le Dr Collière qui assure seul toutes les consultations. D'originales primes d'assiduité sont distribuées aux mères sous forme de savon d'une bonne marque qui peut indifféremment servir à la toilette de l'enfant ou à l'entretien de la layette : quatre pains pour les six présences du trimestre, deux pour cinq présences, etc. Les comptes rendus de 1933 que j'ai sous les yeux indiquent que 156 enfants de moins de deux ans ont suivi la consultation, parmi lesquels il n'y eut d'ailleurs que quatre décès, dont un pupille de l'Assistance publique de la Sarthe appartenant au service des nourrissons débiles. 7 000 francs d'objets de layette ont été distribués à des mères nécessiteuses. 40 603 biberons de lait stérilisé ont été fournis par la Goutte de lait annexée à l'œuvre qui les délivre au prix coûtant. Tous les deux ans, un « concours de bébés » récompense les mères ou les nourrices les plus assidues et les plus propres, les nourrissons présentant les plus belles courbes de poids. Si nous ajoutons que les ressources de l'œuvre se limitent aux cotisations de ses membres et à des subventions assez restreintes d'ailleurs de l'État ou des communes du canton, nous aurons suffisamment montré quelle peut être la part prépondérante de quelques bonnes volontés intelligemment utilisées dans le développement d'une organisation aussi bienfaisante.



Plan d'ensemble (fig. 3.)

La pouponnière et le centre d'élevage du Dr Collière. — En 1924, le Dr Collière, dans un ancien couvent, en partie d'ailleurs son habitation

(1) Assistée depuis 1934 d'une infirmière diplômée de puériculture, Mlle Velluet.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Pouponnière et Centre d'élevage du Dr COLLIÈRE

LA FERTÉ-BERNARD (Sarthe)

Observation photographique N° 56

LEP... Robert (Matricule 17.902), Né le 25 août 1931.

Entré en Pouponnière le 31 octobre 1931, venant de l'Hôpital du Mans *(Athrepsie)*.



15 Novembre 1931 (3kg,200). — 30 Novembre 1931 (3kg,100). — 15 Février 1932 (3kg,600). — 15 Mars 1932 (4kg,340).

15 Avril 1932 (4kg,420). — 15 Mai 1932 (5 kilos). — 31 Décembre 1932 (9kg,980). — 28 Février 1933 (10kg,420).

28 Février 1933 (10kg,420). — 31 Mars 1933 (10kg,930). — 31 Mars 1933 (10kg,930). — 30 Avril 1933 (11kg,300).

15 Mai 1933 (11kg,500). — 15 Juin 1933 (12kg,100). — 15 Juin 1933 (12kg,100). — 31 Juillet 1933 (12kg,750).

31 Juillet 1933 (12kg,750). — 31 Juillet 1933 (12kg,750). — 15 Août 1933 (12kg,500). — 15 Novembre 1933 (13kg,700).

VARIÉTÉS *(Suite)*

personnelle, sur une hauteur dominant la vallée de l'Huisne, installa sa pouponnière complétée par un centre d'élevage.

Élevée sur un vaste sous-sol dans lequel une biberonnerie modèle permet de stériliser à la fois 600 biberons, elle est pourvue du chauffage central et d'une importante distribution d'eau chaude. Au rez-de-chaussée est une infirmerie de 5 berceaux et une tisanerie. Au premier étage, un grand dortoir de 14 berceaux. Au même étage, 11 autres berceaux sont répartis en quatre chambres d'isolement. Des cuisines, salles de bain, salles à manger pour le personnel complètent cette installation.

Les enfants confiés au Dr Collière se composent :

1° Des pupilles de l'Assistance publique de la Sarthe, dans l'immense majorité des débiles, qui, dès la fondation, furent envoyés par M. Lelièvre, inspecteur du service ;

2° De nourrissons de l'œuvre Grancher du Mans, isolés de leur famille selon le principe adopté à l'Œuvre du placement familial des tout-petits à Salbris ;

3° D'enfants placés par leurs familles, la plupart d'origine parisienne.

Ces enfants, vus matin et soir par le Dr Collière, reçoivent à la Pouponnière tous les soins nécessaires et l'alimentation que peut nécessiter leur état (babeurre, etc.).

Lorsque leur courbe de poids est satisfaisante, leur état physiologique normal, ils sont placés chez des nourrices agréées par la Pouponnière. Ils continuent d'y recevoir chaque jour leurs rations de lait stérilisé et ils sont régulièrement visités. S'il leur advient quelque maladie, si leur croissance est défectueuse, les enfants sont immédiatement ramenés à la Pouponnière où ils séjournent jusqu'à guérison.

Il est inutile de dire que les résultats obtenus par une telle organisation sont des meilleurs. Un point très particulier à la pouponnière et au centre d'élevage de la Ferté-Bernard est son service photographique. Chaque quinzaine deux photographies sont prises de chaque enfant. Et il n'est pas rare, dans un dossier d'enfant, à côté d'une courbe de poids et d'une fiche d'observation très scrupuleusement remplie, de trouver les 96 photographies qui indiquent mieux que de longues phrases les moindres détails du développement de l'enfant pendant ses deux premières années.

Ce faisceau d'œuvres, consultation de nourrissons avec sa Goutte de lait, pouponnière, centre d'élevage, nous a paru mériter d'être connu. Ici les institutions publiques, l'initiative privée, le corps médical ont heureusement collaboré. De cette action médico-sociale sont issus les plus remarquables résultats. Si cet exemple pouvait faire surgir dans quelques-uns des milliers de bourgs de France de telles initiatives, la question, peut-être encore trop délaissée, de la puériculture en milieu rural aurait marqué d'inappréciables progrès.

ÉCHOS

BAINS DE SOLEIL ET TUBERCULOSE

Deux confrères de Londres, les Dr A. Hope Gosse et G.-S. Erwin, ont étudié l'influence des bains de soleil dans l'éclosion et l'aggravation de la tuberculose pulmonaire (1). Au cours de l'automne et de l'hiver derniers, ils ont reçu dans leur hôpital de Brompton 66 cas de tuberculose ayant pour origine l'abus de l'insolation, et 11 cas où, pour la même raison, une tuberculose pré-existante s'est notablement aggravée.

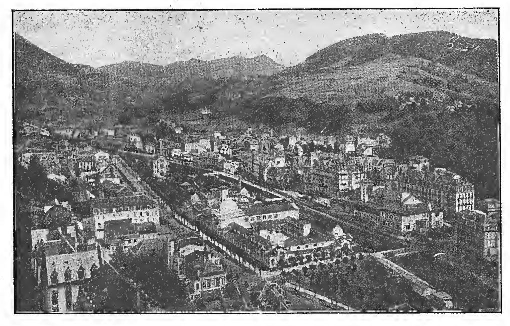
Il s'agissait de sujets de dix-neuf à trente-cinq ans, dont les lésions pulmonaires étaient généralement du type exsudatif.

Nos confrères affirment le rapport de cause à effet avec la tuberculose de l'insolation prolongée ; ils reconnaissent, toutefois, que le mécanisme de cette causalité leur échappe. Les bains de soleil semblent être surtout dangereux chez les sujets en état d'hyperallergie, comme le prouvent les réactions immédiates ainsi que les hémoptysies tardives mentionnées dans plusieurs cas.

Leur conclusion est que l'abus des bains de soleil est néfaste, à moins qu'un examen approfondi n'ait exclu tout soupçon de tuberculose, même au début, et que, d'autre part, toute élévation, même légère, de la température vespérale, au cours d'une cure de soleil, doit amener sa cessation immédiate.

Ph. Dally.

(1) *The British medical Journal*, 7 juillet 1934.



Vue générale de La Bourboule (fig. 1).

PARCS D'ENFANTS

Par le Dr Henri DIFFRÉ
Directeur technique de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Lille.
Créateur du Parc d'enfants de la Bourboule.

« Il faut colloquer les enfants non selon les qualités de leur père, mais selon les qualités de leur âme. »

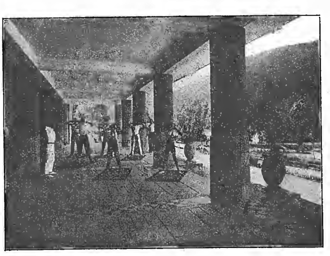
Cette sentence du sage Montaigne résume *tous* les devoirs des éducateurs, depuis le père de famille jusqu'aux pédagogues, *en passant par le médecin.*

Pour atteindre ce but, la difficulté réside essentiellement dans la détermination des « qualités de l'âme », car il est bien certain que le scepticisme du grand penseur prenait ce dernier mot dans son sens primitif, son sens le plus pur, et y faisait rentrer tout ce qui peut contribuer à renforcer la valeur personnelle de l'être vivant.

Nul plus que le médecin n'est apte à comprendre l'extension considérable qu'il faut dès lors donner à toute éducation pour obtenir qu'elle soit *totale.* De même que la Physiologie nous enseigne l'étroite synergie existant entre toutes les fonctions, de même la simple observation de l'enfant fait mesurer l'inextricable enchevêtrement qui existe entre ses «qualités» physiques, morales et intellectuelles en puissance, qui ne s'épanouiront dans leur plénitude que pour autant que tout marchera de front dans l'éducation, corps, esprit, cœur.

Dès lors, chez tout enfant dont le développement et la croissance ne semblent pas suivre un rythme très régulier, chez celui dont la maladie trouble l'une ou l'autre fonction naturelle, chez celui qui manifeste un déséquilibre appréciable soit avec la normale, soit dans le parallélisme nécessaire entre les trois buts poursuivis par l'Éducation, chez tous, l'action médicale doit s'entendre dans un sens assez large pour pallier à ces anomalies, à ces troubles, à ces irrégularités.

C'est la raison pour laquelle, depuis plusieurs années, nous avons ouvert, à la Bourboule, un *Parc d'enfants*, destiné à apporter aux médecins thermaux le secours d'une thérapeutique *natu-*

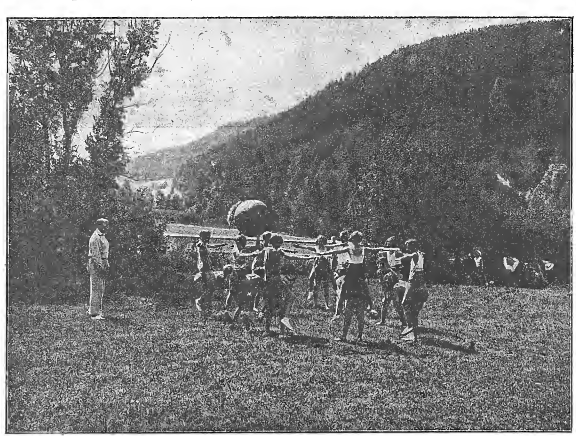


La leçon de gymnastique dans la galerie (fig. 2).

VARIÉTÉS *(Suite)*

relle, propre à majorer et à exalter les bénéfices recueillis par l'enfant au cours de cette cure hydrominérale arsenicale dont les bienfaits ne sont plus à démontrer.

Le parc d'enfants de la Bourboule est donc, avant tout, le complément de la cure thermale. Notion fondamentale que souligne la présence à sa tête de façon continue d'un médecin et que vient corroborer l'installation dans le parc d'enfants lui-même des laboratoires de recherches et d'entraînement qui, sous l'active impulsion du professeur agrégé Louis Merklen, de la Faculté de Nancy, permettent une liaison étroite et permanente avec le médecin traitant et avec la famille.



Le spiroballon au parc d'enfants (fig. 3).

De quelles ressources disposera le parc d'enfants pour remplir ce rôle nouveau, ce rôle médical, ce rôle thérapeutique ? On peut les grouper en trois chapitres : *éducation physique méthodique, utilisation maxima des ressources climatiques, retour des enfants à leur mode de vie naturel.*

***

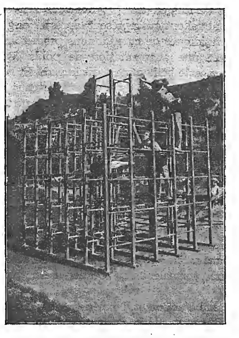
Rendre à l'enfant ses conditions naturelles de vie, dont la civilisation moderne se refuse à tenir compte, n'est pas chose facile. La plupart du temps, on lui mesure ce dont il a le plus besoin, l'espace pour s'agiter et s'ébattre, avec ses corollaires indispensables, la liberté de ses mouvements et le droit de parler, voire même de crier.

Conquérir la liberté ! Tel semble bien être la premier désir de l'enfant, ce petit de l'homme, auquel nous le mesurons si parcimonieusement sous les prétextes les plus divers, y compris celui, assez discutable, de leur indiscipline soi-disant naturelle. L'enfant en réalité n'est indiscipliné que parce qu'on le bride à tout instant dans se instincts. Il est en état de perpétuelle réaction contre toutes les contraintes qu'on veut lui imposer. Supprimer la contrainte, c'est, *ipso facto* éviter les réactions.

Certes des esprits bien intentionnés viendront, nous affirmer que de la liberté à l'abus de la liberté il n'y a qu'un pas trop facile à franchir. C'est aussi vrai pour les enfants que pour les hommes que des lois maintiennent malgré tout dans des limites raisonnables. Il faut donc *prévoir une surveillance discrète* qui tempérera l'usage de la liberté pour ceux que leur turbulence naturelle et leurs instincts entraîneraient plus loin qu'il ne faudrait.

VARIÉTÉS (*Suite*)

Cette surveillance se faisant de loin et sans éclat, l'enfant garde l'illusion, qui lui est chère, d'une splendide indépendance. Et ainsi se crée peu à peu en lui un état d'âme nouveau et incomparable qui se traduit par la joie de vivre. C'est pour lui



Le jeu des échelles (fig. 4).

« le chemin du bonheur ». Il retrouve tout à coup en lui des possibilités ancestrales que l'énervante obsession de la contrainte avait étouffées ou endormies. Il s'amuse, il vit, il prospère, il s'épanouit.

Quel est le médecin qui ne reconnaîtra à les conditions les plus favorables pour le parfait développement d'un jeune être en perpétuel devenir? Désormais, la voie est libre, si l'on peut se permettre cette expression imagée : le corps et l'esprit sont en état de réceptivité. Toutes les ressources de la thérapeutique vont pouvoir se déployer sur le terrain le plus favorable, et du médicament puissamment actif dont la posologie est par nécessité infinitésimale aux agents physiothérapiques les plus simples comme e soleil et la lumière, to ut concordera pour diriger simultanément l'évolution physiologique, somatique et psychologique dans les voies les plus normales.

***

Nous sommes ainsi amenés à songer à toutes ces causes favorisantes d'une croissance régulière et, dans le cas de maladie, d'une guérison plus rapide Parmi elles, ne faut-il pas donner une place de premier choix aux *ressources climatiques ordinaires*?

Il est devenu banal de parler de *changement d'air*. C'est une expression dont l'imprécision n'a qu'un mérite, celui de cacher notre ignorance à peu près totale. D'aucuns parleront de la mer, qui seraient bien gênés s'il leur fallait préciser les conditions optima de son utilisation thérapeutique ; d'autres prôneront la montagne, qui n'en savent guère plus long sur son action intime sur l'organisme. Il n'est que de suivre certaines discussions sur les indications soi-disant parallèles de telle plage ou de telle station d'altitude qui réclament exactement le même genre de malades, pour comprendre à quel point nous ignorons sinon les composantes essentielles d'un climat réputé favorable, du moins le mécanisme de son action sur les sujets auxquels on le prescrit.

En réalité, multiples sont les facteurs qui vont régler l'adaptation individuelle à ce « changement d'air » dans lequel rentrent, pour ne citer qu'une partie des agents d'efficacité, l'altitude, la pression barométrique, l'ionisation de l'air, l'état électrique de l'atmosphère, les variations de température, la durée de l'ensoleillement, le régime des vents, etc. Ce n'est pas le lieu de les passer ici en revue. Mais ce qu'il convient de souligner, c'est qu'ils auront d'autant plus de chances de produire des effets utiles qu'on s'adressera à des organismes en meilleur état de réceptivité.



Le grimper sur le mur d'assaut (fig. 5).

Ce sera le cas dans un parc d'enfants où, à côté de la liberté recouvrée, joueront au maximum tous les avantages du mouvement au grand air, stimulant incomparable et irremplaçable de la croissance normale et de la guérison provoquée en cas de maladie.

VARIÉTÉS *(Suite)*

***

Nous ne voulons pas entamer ici le chapitre de l'Éducation physique méthodique, telle qu'elle peut être instituée dans un parc d'enfants médicalement surveillé, où il est possible d'appliquer le mouvement éducatif avec une posologie différente d'un cas à un autre.

Mais le plus grand bienfait de ce genre d'organisation, c'est justement de permettre à chacun de ses bénéficiaires de passer en revue, automatiquement et dans l'ivresse du jeu joyeux, tous les groupes musculaires qu'il est absolument nécessaire de mettre en mouvement pour assurer une harmonie parfaite à la croissance et au développement, et pour conserver à celui qui grandit ses admirables possibilités premières.

Et quelle différence avec l'Éducation physique systématique dont les indications sont toutes différentes ! Ici c'est le *Jeu* qui prime tout, le jeu c'est-à-dire la *Joie*. On fait une flexion sur les extrémités in'érieures parce qu'on a envie de se balancer avec ardeur ; on fait une torsion du buste et l'on lutte en même temps contre l'envahissement des flancs par la graisse avec une bataille acharnée et passionnée au spiro-ballon ; on grimpe sur le mur d'assaut grâce à des flexions alternatives des bras, qui ne sont pas moins favorables parce que nul moniteur ne les commande ; on traverse la poutre debout les bras en croix pour s'amuser, et on acquiert néanmoins de l'équilibre et de la hardiesse ; on se met à plat ventre pour suivre les évolutions de son bateau ou pour franchir les échelons inférieurs du jeu des échelles, et voilà un splendide exercice de reptation, etc., etc. En fin d'après-midi, tout le corps a travaillé et l'on a réalisé cette Éducation physique élémentaire qui est aussi nécessaire pendant toute la durée de la croissance, que les cris le sont au jeune enfant pour le développement de sa fonction pulmonaire et de sa fonction respiratoire.

***

Conçus et réalisés dans cet esprit, les parcs d'enfants sont appelés à offrir au médecin des ressources nouvelles pour permettre à ce « traitement médicamenteux » de réaliser son maximum d'effets. Nous le constatons journellement à la Bourboule.

Que de fois en effet voyons-nous arriver des enfants que l'on nous représente après les vingt et un jours fatidiques de cure, en nous promettant par exemple une augmentation de poids certaine. « Voyez cette belle mine », dit le père. Et la mère nous parle avec joie de «l'appétit revenu» ou du « sommeil parfait ». Or la bascule accuse très souvent une diminution réelle de poids... Mais la perte s'est faite au détriment d'infiltrations graisseuses indésirables, et c'est la fonction musculaire, la fonction respiratoire et la fonction circulatoire que ont bénéficié du traitement hydro-minéral et de ses adjuvants essentiels. L'enfant respire mieux et l'ampliation thoracique a triplé ; il a une meilleure circulation et le teint est plus clair ; ses muscles sont fermes et saillent sous la peau. L'enfant est transformé et sa croissance, désormais, se fera normalement, régulièrement, correctement.

Champ d'action et d'expérience passionnant, le Parc d'enfants de la Bourboule a fait désormais ses preuves. Il est devenu le complément indispensable de la cure thermale. Partout où l'on instituera des organisations semblables, *dans le même esprit médical,* le plaisir du jeu s'alliant à une vie plus naturelle, la fonction musculaire trouvant d'incessantes occasions de se développer, les mêmes résultats remarquables seront enregistrés.

Et, au lieu de constater la dégénérescence progressive de la Race, nous assisterons à un renouveau physique qui permettra une mise en valeur plus grande des qualités morales et intellectuelles individuelles.

La maladie perdra du terrain et, au lieu de récupérer à force de soins des individus affaiblis dont la production restera médiocre, chacun possédera naturellement la Santé, fondement indispensable du Bonheur.



Les membres de la Conférence devant la Faculté de médecine de Lyon.

QUATRIÈME CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Lyon, 27 et 28 septembre 1934.

Les 27 et 28 septembre s'est tenue à Lyon, sous la présidence du professeur Mouriquand et du Dr Péhu, la quatrième Conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive. Le président de l'Association, le professeur Scheltema (de Groningue), retenu en Hollande, était remplacé par le professeur Lereboullet, vice-président du Comité directeur.

Magnifiquement organisée par les pédiatres lyonnais qui multiplièrent les réceptions et réussirent à mettre le soleil de la partie, la Conférence a remporté un très grand succès, justifié tant par l'intérêt des questions discutées — la prophylaxie du paludisme infantile et la prévention du rachitisme et de la spasmophilie — que par l'autorité de ceux qui prirent part aux discussions. Les représentants de huit nations assistaient à la Conférence, notamment le professeur Monrad (de Copenhague), le professeur Wieland (de Bâle), le professeur Cacace (de Naples), le professeur Nobécourt, le professeur Taillens (de Lausanne), le professeur Gautier (de Genève), le Dr Lust (de Bruxelles), le professeur Rominger (de Kiel), le professeur Gillot (d'Alger), le Dr T. Halbertsma (de Haarlem), le Dr de Reynier (de Neuchâtel), le Dr Olsen (du Comité d'hygiène de la Société des Nations), les Drs Lesné, Weill-Hallé, Armand-Delille, Cathala, Huber, Pichon, Woringer, Dufourt, Bertoye, etc.

La séance inaugurale eut lieu dans l'amphithéâtre de la clinique infantile à l'hôpital de Grange-Blanche sous la présidence de M. Edouard Herriot. Le professeur Mouriquand, le professeur Lereboullet, le professeur Monrad, le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et le président Herriot, prirent successivement la parole pour évoquer la mémoire de Pinard, de Ed. Weill, de Victor et Jean Hutinel et magnifier l'œuvre de l'Union internationale de secours aux enfants et de sa filiale, l'Association de pédiatrie préventive, qui, par les conférences de La Haye, de Genève, de Luxembourg et de Lyon, a montré son activité et son utilité.

Les congressistes visitèrent ensuite le service du professeur Mouriquand, ses magnifiques salles, consultations et laboratoires tout neufs ainsi que sa plage artificielle et son installation de climatisation dont Mlle le Dr Weill décrit dans ce journal toute l'organisation.

Les séances de travail eurent ensuite lieu à la Faculté de médecine ; on trouvera ailleurs le compte rendu des dicussions intéressantes et animées auxquelles donnèrent lieu les rapports.

Le Congrès se termina le 28 septembre par un banquet très cordial où des toasts furent prononcés par le professeur Lereboullet, qui, avec Mme Mouriquand, présidait le banquet, par le professeur Nobécourt, le professeur Wieland, le professeur Monrad, le professeur Cacace, et M. Mac Kenzie pour remercier les organisateurs de cette réunion si réussie ; le professeur Mouriquand et le Dr Péhu prirent ensuite la parole et l'on se donna rendez-vous à Bâle en septembre 1935 autour du futur président le professeur Wieland.

Quelques congressistes eurent la bonne fortune de pouvoir aller le 29 septembre visiter, sous la direction du professeur Mouriquand et du Dr Pierret, la station de Villard-de-Lans où ils furent très aimablement reçus par la municipalité et les médecins. Cette très belle excursion termina fort heureusement la 4e Conférence de pédiatrie préventive dont tous ceux qui y prirent part conserveront le plus agréable souvenir.

André Bohn.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS ET LE CONSENTEMENT DES MALADES

Les médecins et les chirurgiens sont trop souvent dans l'obligation de poursuivre en justice le paiement de leurs honoraires, et les débiteurs récalcitrants trouvent les moyens les plus divers pour essayer d'échapper à l'exécution des engagements par eux pris : certains répondent aux demandes de paiement par des demandes reconventionnelles, prétendant avoir subi un dommage par le fait du médecin, et nous avons vu notamment dans un jugement du tribunal de Lannion de 1931, que pour couper court à ce genre de défense agressive, certains tribunaux avaient eu l'excellente initiative de condamner le malade de mauvaise foi à des dommages-intérêts supplémentaires.

D'autres, et c'est de ceux-là qu'il s'agit aujourd'hui, imaginent de dire qu'ils n'ont pris aucun engagement à l'égard du médecin et qu'ils ne sont tenus envers lui à aucune obligation.

Déjà en 1929, la Cour de cassation avait eu à se préoccuper de cette question. Il s'agissait d'un chauffeur qui, après un accident, avait conduit à un médecin d'Autun un cycliste qui était venu se jeter sur sa voiture et qui s'était blessé grièvement. Le médecin réclama le montant de ses honoraires au chauffeur qui lui avait conduit le blessé, et la Cour de Dijon avait décidé qu'il ne résultait nullement de la commune intention des parties que le chauffeur se soit engagé à payer les frais d'hospitalisation du blessé, de telle sorte qu'il n'y avait aucun lien de droit entre le chauffeur qui avait conduit le blessé et le médecin qui l'avait soigné.

Cet arrêt s'explique par le fait que dans cet accident, aucune faute n'était soulevée à l'encontre du chauffeur, qu'il n'avait donc aucune responsabilité dans l'accident. Il en résultait que s'il avait conduit le blessé à un médecin dans un but purement humanitaire, il n'avait pas accompli par ce geste une obligation personnelle, puisqu'il n'était pas responsable de l'accident.

La Cour de Dijon, puis la Cour de cassation, ont donc pensé que, n'ayant ni devoir à l'égard du blessé, ni intérêt à lui procurer les soins, le chauffeut n'avait pris aucun engagement à l'égard du médecin (Cass. 4 décembre 1929, D. H., 1930-3).

Au contraire, quand il s'agit de parents qui sont allés chercher le médecin, qui ont sollicité ses soins, les tribunaux estiment qu'ils ont accompli une

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

obligation naturelle et que par conséquent le médecin était en droit de leur faire confiance pour le paiement de ses honoraires.

Devant la Cour de Paris, s'est présentée dernièrement une affaire qui paraît mettre assez bien au point la question de l'obligation du malade.

Un médecin qui traitait une dame V... pour un diabète, avait constaté chez elle, au mois d'octobre 1928, les signes d'une tuberculose pulmonaire. Inquiété de ce nouvel accident, il appelait en consultation un spécialiste qui pratiqua sur la malade un pneumothorax artificiel. Le médecin spécialiste envoya Mme V... dans un sanatorium de Davos, spécialisé dans le traitement des diabétiques tuberculeux, et elle resta dans cet établissement de novembre 1928 jusqu'en mars 1930, époque à laquelle elle fut en état de rentrer chez elle à Saint-Germain-en-Laye.

Pendant tout ce séjour, le médecin traitant fut en correspondance avec le directeur du sanatorium et avec la malade. Dans le courant de l'automne 1929, ayant appris que le cœur et les reins de la malade fonctionnaient mal et que la situation de Mme V... apparaissait comme critique, la sœur et la fille de Mme V... demandèrent au médecin traitant d'aller la voir et, pour ne pas effrayer la malade, on lui laissa entendre que, son médecin faisant un voyage en Suisse, il irait lui faire une visite en passant.

Le docteur vit sa cliente à Davos, prescrivit un traitement nouveau et, quelques jours après, Mme V... lui écrivait : « Voilà bientôt deux semaines que vous m'avez fait le grand plaisir de venir me voir ; je voulais attendre les résultats du nouveau traitement que le Dr Wolfer me fait suivre selon vos bons conseils ; je vais beaucoup mieux ; à votre prochaine visite vous me trouverez certainement en meilleure forme. »

Ainsi, de l'ensemble de ces circonstances, on pouvait conclure que si Mme V... n'avait pas sollicité elle-même la visite du médecin traitant, et si cette initiative avait été prise par les membres de la famille qui estimaient faire un acte utile pour elle, Mme V... n'en avait pas moins consenti, et avec reconnaissance, à cette visite.

Celle-ci, néanmoins, refusait postérieurement de payer les honoraires du médecin, disant qu'elle ne lui avait jamais demandé de se déplacer et que c'était sur son initiative qu'il était venu ; qu'en conséquence, elle ne devait rien.

La Cour de Paris a estimé qu'il résultait particulièrement de la lettre que nous avons reproduite, que Mme V... avait non seulement accepté de recevoir la visite de son médecin, mais que, celui-ci

(Suite à la page XXI).

LA MÉDECINE AU PALAIS (*Suite*)

ayant modifié les conditions du traitement, elle lui en avait exprimé sa gratitude; qu'en conséquence, elle ne pouvait pas dire qu'elle n'avait pas consenti à cette visite puisqu'elle avait suivi le traitement nouveau que le médecin avait ordonné et qu'elle reconnaissait en avoir tiré profit.

La Cour a donc décidé que Mme V... avait, par le seul fait, contracté à l'égard du médecin une obligation personnelle (Cour de Paris, 3 mai 1934, D. H. 1934, page 318).

Cet arrêt a un intérêt particulier du fait qu'il résulte nettement des circonstances que la malade qui refusait de payer les honoraires, n'avait nullement appelé le médecin, et de ce fait que l'obligation personnelle de la malade résulte du consentement à recevoir les soins.

ADRIEN PEYTEL,

Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

A. BLANCHETIÈRE (1875-1934)

La mort d'Alexandre Blanchetière met en deuil la Faculté de Marseille, où il professait, et celle de Paris, d'où il sortait, et représente une très grande perte pour la chimie biologique française. C'était un de nos plus éminents spécialistes, et nous aurions besoin de beaucoup d'hommes comme lui pour soutenir, dans l'arène scientifique, la redoutable concurrence de l'étranger.

A. Blanchetière était né en 1875, sur les confins de la Normandie et de la Bretagne : il se considérait comme un Breton et possédait assurément le caractère obstiné de cette race s'il avait, par ailleurs, la vivacité d'un homme du Midi. Après avoir fait sa licence ès sciences à Rennes et sa pharmacie à Paris, il s'était établi à Saint-Servan : mais, bientôt lassé par l'exercice de la profession pharmaceutique, il était revenu à Paris se remettre à l'étude et il devint docteur en médecine en 1909, avec une thèse remarquée sur les propriétés biologiques du *Sporothricum*. Il fut nommé peu après directeur du Bureau d'hygiène de Calais, puis de celui de Boulogne-sur-Mer, et il occupa ce dernier poste jusqu'à la guerre. Celle-ci terminée, il devint, à la Faculté de médecine de Strasbourg, chef des travaux pratiques de chimie. En 1920 il fut classé premier au concours d'agrégation de chimie et affecté à la Faculté de Paris. Enfin, en 1930, il devenait professeur à la Faculté de Marseille, comme titulaire des chaires de chimie analytique et d'hydrologie.

La carrière de Blanchetière fut donc quelque peu vagabonde, par suite des circonstances sans doute et peut-être aussi par goût de l'aventure. Il n'en faut admirer que davantage son intelligence et sa ténacité, puisque, malgré ces déménagements multiples, il a su accomplir une œuvre scientifique et didactique des plus importantes, que nous nous bornerons à résumer brièvement. Dans l'ordre de la chimie pure il faut citer, avant tout, ses travaux sur les matières protéiques à l'analyse et à la synthèse desquelles il consacra de nombreux mémoires. En chimie analytique, il donna de précieuses méthodes pour le dosage du sodium, du potassium, du cobalt, du magnésium. Dans le domaine de la chimie plus purement physiologique et pathologique, il faut relever : ses études sur la biochimie du *Bacillus fluorescens*, les recherches faites avec le professeur Claude sur la présence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien et la valeur sémiologique de cet élément en pathologie nerveuse, celles qu'il poursuivit sur le glutathion, en collaboration avec le professeur Binet et M. Mélon.

Si Blanchetière était remarquable comme chercheur, il fut, comme érudit et comme critique, absolument incomparable. Il lisait tout ce qui paraissait dans le monde dans le domaine de la chimie biologique ; il le classait et l'assimilait. C'était, sur ces questions, une encyclopédie vivante qui dispensait avec générosité le trésor de ses connaissances à qui faisait appel à ses lumières. Il nous a laissé un superbe monument de sa puissance de travail et de ses facultés de critique, dans l'article considérable qu'il a écrit pour le *Traité de physiologie* de MM. Roger et Binet sur « les principes immédiats des êtres vivants ». C'est un traité magistral de chimie biologique, aussi *up to date* qu'il est possible, qui a été accueilli avec enthousiasme en France et à l'étranger et fait grand honneur à notre pays.

Blanchetière était un homme d'une rare droiture : il ne transigeait pas avec ce qu'il considérait comme le devoir, et cela lui valut parfois des luttes homériques avec certains pouvoirs administratifs dont il prétendait secouer l'inertie. Mais il n'y avait pas en lui l'ombre de méchanceté. Il avait son franc parler et se souciait assez peu des formes dont savent user les habiles. Tout cela constituait une nature peu banale, très attachante et sympathique : il n'y avait pas d'ami plus fidèle, et cela était d'autant plus précieux qu'il ne prodiguait pas son amitié.

Il était âgé de cinquante-huit ans, et, avec son ardeur au travail et sa résistance, restées les mêmes qu'au temps de la jeunesse, son acquis magnifique, sa rigoureuse discipline de vie, les soins dévoués dont il était entouré par sa chère compagne, on pouvait escompter qu'il produirait encore beaucoup et du meilleur. Et il a fallu qu'un stupide accident de la rue anéantisse tous ces espoirs. L'esprit ne peut se résigner devant certaines catastrophes, et il est tragique de voir partir ainsi des hommes de la valeur de Blanchetière avant qu'ils aient rempli tout leur destin.

A. BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1934.

M. le président annonce la mort de M. Pierre Cadiot, membre titulaire depuis 1905, dans la section de médecine vétérinaire.

Il fait part également de la mort de l'illustre savant espagnol Santiago Ramon y Cajal (de Madrid), prix Nobel, associé étranger depuis 1905.

Mécanisme de l'action préventive exercée par le bismuth dans la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI, G. HORNUS, A. VAISMAN et Mlle Y. MANIN. Est-il exact que l'action préventive et curative du bismuth dans la syphilis humaine et expérimentale n'est pas due à l'influence stérilisante exercée par le métal sur le virus spécifique, mais à une inhibition du potentiel prolifératif du germe ? L'ablation du dépôt bismuthique réveille-t-elle l'activité pathogène du *Treponema pallidum*, provisoirement endormie ?

Les auteurs montrent que si l'on a soin de s'adresser à des composés liposolubles (*Bivatol*) utilisés à des doses réellement efficaces, la prévention est constante (100 p. 100) ; elle se traduit non seulement pat la non-éclosion du syphilome *in situ*, mais encore par la stérilité du système lymphatique périphérique et par le retour à la réceptivité initiale. De plus, l'ablation du foyer bismuthique n'est suivie d'aucune récidive.

Il faut donc en conclure que le bismuth administré sous une forme adéquate et à des doses suffisamment élevées, exerce une action préventive antisyphilitique radicale, une véritable stérilisation de l'organisme, et non pas une simple inhibition du potentiel prolifératif du virus spécifique. Ses propriétés virulicides sont donc hors conteste.

Les pluies et la mortalité chez l'enfant. — Au nom de MM. Cruveilhier, Michel Lévy et Moine, M. LESAGE présente à l'Académie un mémoire sur la fréquence des pluies et la mortalité chez l'enfant. Cette étude est basée sur : 1° une longue observation météorologique (1921 à 1930) ; 2° une séparation entre la hauteur et la brusquerie des pluies (pluie d'orage) qui laissent peu de traces et la fréquence de la pluie, celle-ci étant le facteur essentiel de production de l'humidité ; 3° l'étude de la mortalité des diverses affections étudiées étant rapportée au même chiffre de population, ce qui permet toute comparaison.

Le résultat de ce travail est que la diarrhée infantile, la rougeole, la scarlatine et la diphtérie présentent leur mortalité la plus élevée dans les départements à pluie fréquente et à humidité, quelques exceptions étant dues à la constitution spéciale géologique du sol qui ne permet pas l'humidité. Dans la production de la persistance de l'humidité on doit faire intervenir d'autres éléments, tels que la constitution du sol et la ventilation. Le problème peut être complexe.

Fièvre jaune. — M. MATHIS (de Dakar) envoie une note sur le pouvoir protecteur exercé vis-à-vis du virus amaril de souris par le sérum du sujet ayant fourni la souche française du virus de la fièvre jaune.

Le rôle des aponévroses dans les formes extérieures du corps. — M. H. MEIGE. — A propos de l'étude de l'anatomie sur le corps nu, M. H. Meige, professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts, montre l'importance des aponévroses dans le relief du corps humain sur lequel elles forment des creux et des méplats.

Si des aponévroses profondes ne font que maintenir l'ensemble des formes, les aponévroses superficielles jouent un plus grand rôle dans le plastique en particulier, lorsqu'elles présentent des bandes de renforcement (*fascia lata*) ou bandelettes vastes de Paul Richer.

Il existe enfin des aponévroses d'insertion qui ne marquent pas de méplats caractéristiques, comme les aponévroses d'attache des muscles jumeaux, l'aponévrose du sous-scapulaire et surtout celle du triceps brachial, etc. La recherche de ces creux ou méplats formés par les aponévroses permet de trouver sur le nu des points de repère toujours aponévrotiques et qui sont utiles, aussi bien aux artistes qu'aux médecins.

La communication de M. Meige est accompagnée de la présentation de fort belles planches.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 octobre 1934.

Néphrite mercurielle à évolution subaiguë. — MM. RATHERY, M. DÉROT, J. SALLET et MOLINES rapportent une observation de néphrite secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de mercure qui a évolué vers la mort en cinquante-six jours. Après une courte phase d'anurie ayant duré trois jours, la diurèse se rétablit et l'évolution parut se faire vers la guérison. Le seizième jour cependant de la fièvre apparaît, la diurèse se met à baisser, une tumeur de l'hypocondre droit apparaît. En face de ce tableau infectieux, une intervention exploratrice sur le rein droit fut décidée ; elle montra une hypertrophie considérable du rein sans collection suppurée. Cette intervention exploratrice fut bien tolérée, mais la fièvre, l'oligurie persistèrent et la mort survint trois semaines plus tard. Il semble que dans ce cas un facteur infectieux se soit surajouté au facteur toxique, peut-être sous l'influence d'un refroidissement. Une biopsie rénale faite lors de l'intervention a permis une étude histologique très précise ; à côté de lésions toxiques dont certaines avaient déjà une allure chronique il existait des lésions inflammatoires. Les auteurs soulignent l'intérêt de cet examen histologique : les lésions observées étaient en effet semblables aux lésions expérimentales autrefois réalisées chez l'animal par Rathery et Castaigne.

La forme bénigne de la néphrite saturnine. — MM. RATHERY, M. DÉROT et MOLINES ont observé un cas d'intoxication saturnine secondaire à l'ingestion de faibles doses répétées de sous-acétate de plomb. On retrouve chez leur malade les symptômes autrefois décrits par Rathery et Michel dans l'anurie saturnine, mais ces symptômes étaient très atténués ; il y avait du subictère, de l'albuminurie, de la cylindrurie, des troubles discrets de l'équilibre acidosique et des éliminations azotées et chlorurées. L'évolution se fit vers la guérison.

Myasthénie et glucides. — MM. COSTEDOAT et AUJALEU rapportent l'observation d'un cas de myasthénie (syndrome d'Erb Goldflamm). Bien que, chez ce malade, la courbe d'hyperglycémie provoquée et le taux de la glycémie fussent normaux, les auteurs ont tenté un traitement prolongé par l'insuline ; ils n'ont pas obtenu d'amélioration appréciable. L'extrait surrénal total est resté lui

aussi sans action. En injectant deux centigrammes de phlorizine pendant plusieurs jours à des lapins, ils ont fait disparaître le glycogène des muscles de ces animaux et obtenu, dans ces conditions, la réaction myasthénique avec le courant faradique. Ils y voient un argument de plus à l'appui de la théorie qui explique la myasthénie par un trouble de la reconstitution du glycogène musculaire après la contraction.

Néphrite chronique douloureuse pseudo-lithiasique. — M. COSTEDOAT rapporte l'observation d'un malade qui, atteint d'une hypertension artérielle très élevée et d'une insuffisance rénale légère, fut pris de douleurs lombaires très violentes, intermittentes, parfois quotidiennes, semblables à celles de la lithiase, sauf en ceci qu'elles irradiaient en ceinture. Certaines d'entre elles étaient suivies d'hématurie. Ces crises aggravèrent rapidement l'insuffisance rénale et le malade mourut d'urémie. L'autopsie ne montra qu'une néphrite chronique scléro-atrophique, sans calcul ni infarctus. M. Costedoat se demande si la congestion rénale, qui est la cause de ces douleurs, ne s'expliquerait pas tout aussi bien par des troubles vaso-moteurs intermittents semblables à ceux que l'on observe aux mains par exemple, que par une poussée inflammatoire aiguë du parenchyme rénal, comme on l'a proposé.

Un cas de bradycardie atteignant dix pulsations à la minute avec crises convulsives donnant le tableau du syndrome de Stokes-Adams, liée à une diphtérie pharyngée. — MM. D. DENÉCHAU et J. RAFFAULT.

Granulie froide chez un indigène syphilitique et paludéen ; traitement antisyphilitique ; méningite tuberculeuse. — M. A. LÉVI-VALENSI présente une onservation de granulie froide qui s'est réchauffée chez un sujet paludéen et hérédo-syphilitique. Il souligne que la généralisation sanguine dont la méningite a été l'aboutissant a suivi de près la mise en œuvre du traitement spécifique.

Orchi-épididymite streptococcique au cours d'une streptococcie grippale. — MM. ANDRIEU, GUICHÈNE et PARNET ont vu évoluer chez un grippé grave, au vingt-deuxième jour d'une broncho-pneumonie streptococcique pseudo-lobaire, une orchi-épididymite à streptocoque hémolytique qu'ils ont pu guérir sans intervention chirurgicale.

Ils insistent sur l'extrême rareté d'une telle complication, et en confrontant ce cas avec ceux d'orchite grippale antérieurement signalés, ils établissent une distinction entre l'orchi-épididymite grippale primitive due sans doute au virus grippal, et l'orchi-épididymite grippale secondaire dont sont responsables les germes d'infection secondaire.

Diabète avec dénutrition. disparition de la glycosurie et atténuation de l'hyperglycémie à la suite du développement d'un carcinome insulaire du pancréas avec métastase hépatique — M. BICKEL (Lausanne).

Accès d'hypoglycémie convulsive précédant un diabète juvénile grave. — M. BICKEL (Lausanne).

L'action thérapeutique du vaccin antilépreux de Vaudremer. — MM. SÉZARY, G. LÉVY et BOLGERT étudient l'action du vaccin antilépreux de Vaudremer sur la lèpre. De leurs quatre observations, il résulte que ce vaccin a une action rapide et incontestable sur certaines manifestations allergiques de la maladie, comme les gros œdèmes de la face, des mains ou des pieds, les douleurs névralgiques souvent intolérables, l'iritis. Il améliore parallèlement l'état général des malades. Il a paru inefficace sur les manifestations à évolution lente comme les tubercules lépreux, la névrite des gros troncs. Il semble donc agir à la manière d'un choc, mais d'une façon plus constante que les médications banales par le choc, malgré la quantité minime d'antigène qu'il contient et vraisemblablement à cause de la spécificité de ce dernier.

Les auteurs recommandent de faire des séries de 10 injections, à raison de 2 par semaine et à des doses progressivement croissantes depuis un quart de centimètre cube jusqu'à 2 centimètres cubes. Dans l'intervalle de ces séries, on emploiera les préparations chaulmoogriques qui paraissent surtout utiles dans les manifestations rebelles au vaccin.

M. JAVSION a observé, sous l'influence de la gonacrine, la disparition des œdèmes et des œdèmes seuls. Il ne semble pas s'agir d'action spécifique.

M. TZANCK est d'avis que la vaccinothérapie qui n'agit que sur des lésions dont la nature spécifique n'est pas certaine, n'a pas une action spécifique.

Le bismuth passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. SÉZARY, BARBÉ et Mlle LACKENBACKER, qui avaient conclu de leurs recherches antérieures que le bismuth ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien des malades traités avec ce médicament, ont voulu contrôler l'opinion des auteurs qui récemment ont cru que certaines préparations bismuthiques pouvaient diffuser dans ce liquide. Contrairement à ce qui a été affirmé, ni une solution glycolée anionique d'un complexe de bismuth et d'iode, ni les solutions huileuses d'iodure de bismuth et de sodium ou de campho-carbonate de bismuth ne sont capables de passer du sang dans le liquide. Les résultats publiés sont erronés et l'erreur tient généralement à l'imperfection de la technique employée (méthode de Follin). Avec les méthodes de Girard et Fourneau, de Picon, qui mettent à l'abri des causes d'erreur tenant surtout à la présence de fer ou de cuivre dans la réaction et qui sont cependant très sensibles, les résultats sont toujours négatifs (27 cas étudiés).

Pour les auteurs, la question du passage du bismuth dans le liquide n'a d'ailleurs pas l'importance qu'on lui prête généralement. Ils sont persuadés en effet que c'est par la voie d'accès du tréponème, c'est-à-dire par voie sanguine, qu'il convient d'attaquer les lésions nerveuses syphilitiques. JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1934.

Le président prononce quelques paroles émues à propos de l'assassinat du roi Alexandre Ier de Yougoslavie et de M. Louis Barthou, et du décès de M. Raymond Poincaré.

La séance est levée en signe de deuil.

Traitement des fractures de cuisse. — A la reprise de la séance, M. PROUST analyse un travail de M. BECKER (de Lausanne) sur le traitement des fractures de cuisse. L'auteur défend, contre M. DELAGENIÈRES, l'extension continue à la broche de Kirshner, qui ne lui a jamais causé le moindre ennui.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. ROUX-BERGER est théoriquement partisan de la traction continue, mais juge qu'elle n'est pratiquement réalisable qu'à la condition d'avoir un contrôle radiographique permanent au lit du malade.

M. SOUPAULT insiste sur les facilités que donne, pour l'ostéosynthèse, l'extension préalable à la broche de Kirshner.

M. MATHIEU est résolument partisan de la broche, qui seule permet les tractions fortes, de l'ordre de 10 à 15 kilos.

M. SORREL partage cette façon de voir.

M. HUET a connaissance de 4 cas d'arthrite du genou, non publiés, et consécutive à l'usage de la broche. Il juge possible des tractions très puissantes grâce aux bandes collées.

MM. ALGLAVE et ROUHIER ne jugent ni graves ni difficiles les ostéosynthèses de cuisse.

Des rapports du canal de Bochdaleck avec le phlegmon du plancher de la bouche. — M. TRUFFERT rapporte sept observations de M. CLERMONT (Toulouse), concernant des abcès qui guérirent tous par une incision faite au voisinage du V lingual. Il semble bien s'être agi dans la plupart des cas d'infra-glossites suppurrées.

M. FREDET précise que canal de Bochdalek et tractus thyréoglosse sont deux choses tout à fait différentes.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *octobre* 1934.

Des effets immédiats de la splénectomie sur l'excrétion des principes biliaires. — MM. ETIENNE CHABROL, R. CHARONNAT, JEAN COTTET et MARCEL CACHIN, reprenant les expériences anciennes de Pugliese relatives à l'excrétion de la bilirubine sur le chien splénectomisé, n'ont point constaté une diminution du taux des pigments biliaires dans les heures qui suivent la suppression fonctionnelle de la rate. Par contre, ils ont noté d'importantes variations dans le taux d'excrétion des sels biliaires et de la cholestérine. La concentration de ces principes est anormalement accrue, quel que soit le débit de la bile.

Il en est de même chez l'homme plusieurs mois après l'ablation de la rate. MM. Etienne Chabrol et Henri Bénard ont déjà signalé ce fait en 1922. Les auteurs relatent une seconde observation très comparable, concernant un cas de cirrhose hépatique survenue plusieurs années après la splénectomie. La bile A de cette seconde opérée donna au cours de trois tubages effectués à plusieurs semaines d'intervalle, le chiffre de 8gr,50 de sels biliaires par litre, alors que deux cents tubages au moins concernant des affections diverses fournissaient des chiffres très nettement inférieurs, compris pour la bile A entre 1 et 3 grammes.

A propos du cycle évolutif du virus récurrentiel. — MM. C. LEVADITI et V. DEUTSCHE rappellent tout d'abord que le névraxe des souris, des rats, des lapins et des singes inoculés de fièvre récurrente (*Sp. Obermeieri*, *Sp. Duttoni*, *Sp. hispanica*) est parfaitement virulent à un moment où le virus récurrentiel a disparu du sang et des autres organes. Levaditi et ses collaborateurs, frappés par le contraste entre l'absence ou l'extrême rareté des formes spirillaires dans des cerveaux éminemment virulents, ont soutenu que le virus récurrentiel y est présent à l'état infravisible, conformément à la conception de Ch. Nicolle (existence d'un stade ultramicroscopique). Or, la méthode des cultures cellulaires *in vitro*, utilisée par les auteurs, permet de préciser l'état où se trouve le virus récurrentiel dans le névraxe des animaux devenus réfractaires (phase infravisible), et dans le sang, ou le cerveau des sujets examinés en pleine spirillose (phase spirillaire).

Dissociation des fonctions de mobilité et de reproduction chez les spirochètes et les trypanosomes au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et M. PAIL ont vu que le rayonnement de la lampe à mercure exerce *in vitro* une action stérilisante intense sur les spirochètes (*Treponema pallidum, Spirochæta Duttoni, Sp. gallinarum*) et certains trypanosomes (*Trypanosoma Evansi*). Toutefois, à une certaine dose, ce rayonnement respecte la vitalité et la motilité du parasite, tout en supprimant son pouvoir germinatif tant *in vitro* que dans l'organisme vivant. Tout se passe comme si les radiations détruisaient les centres de reproduction du germe et bloquaient leurs fonctions de reproduction, centres indépendants de ceux à qui incombe la motilité.

Dégénérescence pallido-olivaire dans un cas de maladie de Pick. — MM. GEORGES GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET attirent l'attention sur l'importance des lésions pallido-olivaires dans la maladie de Pick. Dans le cas étudié par eux, il existe, en dehors des atrophies corticales, des lésions myéliniques et cellulaires du pallidum, alors que le striatum, putamen et noyau caudé sont indemnes. Les lésions myéliniques du complexe olivaire sont importantes : dégénérescence des feutrages endo et périhilaire, dégénérescence du hile de l'olive. La dégénérescence du manteau olivaire correspond à celle du faisceau pallido-olivaire. Les lésions cellulaires de l'olive sont plus étendues que les altérations myéliniques ; il ne persiste plus une seule cellule nerveuse ni dans l'olive principale, ni dans les parolives interne et dorsale. L'atteinte olivaire n'est pas sous la dépendance de lésions cérébelleuses ; les processus dégénératif a frappé simultanément le *globus pallidus* et le complexe olivaire, formations connexes. Les lésions olivaires n'ont pas encore été décrites dans la maladie de Pick ; elles ont une importance au point de vue de la séméiologie de cette affection spéciale du névraxe.

Influence des centres nerveux sur l'excitabilité des systèmes antagonistes des appendices locomoteurs chez les crustacés. — M. PAUL CHAUCHARD, sur *Homarus vulgaris*, met en évidence une double subordination des nerfs périphériques aux ganglions cérébroïdes et à leur ganglion sous-œsophagien respectif. C'est là un phénomène général chez les Crustacés. La suppression successive des divers étages de centres nerveux provoque une élévation du rapport des chronaxies des antagonistes, l'une augmentant, l'autre diminuant à chaque section. Ces variations aboutissent, de même que la diminution de ce même rapport observée chez les vertébrés, à une incoordination des mouvements.

F.-P. MERKLEN.

REVUE DES CONGRÈS

XIII[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD ET XIII[e] SESSION DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE D'EUROPE

Québec, 27-30 août 1934.

Leçons cliniques de pédiatrie.

Présidence des D[rs] Charles TURCOT et Henri LALIBERTÉ.

Hôpital de l'Enfant-Jésus, 28 et 29 août.

LE PRÉSIDENT, D[r] Turcot, après avoir salué les congressistes venus de France et de l'étranger, adresse un hommage aux pédiatres français déjà venus au Canada, particulièrement au D[r] Lereboullet et au D[r] Ribadeau-Dumas.

Chlore et acidose chez le nourrisson. — Le professeur ROHMER (Strasbourg) traite de la question des accidents digestifs graves du nourrisson sans lésions anatomiques et étudie leur classification et propose, entre la dyspepsie simple et l'état cholériforme confirmé, d'intercaler le choléra fruste, où le pronostic devient grave si le poids baisse vers le quatrième ou le cinquième jour, si le sucre apparaît dans les urines, grave aussi chez l'eczémateux, l'hypothrepsique ; la diète immédiate s'impose.

Les notions de chlore et d'acidose sont très importantes dans ces dyspepsies aiguës du nourrisson. On sait que dans les spasmes gastriques, la sténose du pylore, le sérum salé ingéré ou instillé guérit la « tétanie alcalotique » ; inversement, les grandes spoliations aqueuses peuvent créer l'hyperchlorémie.

Ces troubles manquent dans les dyspepsies simples ; ils sont à craindre si la balance indique la forte chute de poids.

On a cru trouver, d'autre part, dans l'acidose, l'indice de l'état cholériforme : elle est inconstante. Mais l'évaluation de la *réserve alcaline* qui baisse, et celle du rapport du chlore du plasma au chlore globulaire (normalement, 0,50) varient, d'après Ambard, dans l'acidose par augmentation du chlore globulaire.

En thérapeutique, on en déduira qu'aux cas simples où ces valeurs restent inchangées, on opposera le thé léger, le sérum physiologique ; celui-ci sera nuisible au contraire dans l'état prétoxique (sucre dans les urines, baisse de la réserve alcaline, chlore plasmatique élevé) ; l'oligurie, la perte d'eau et de poids annoncent le coma. On utilisera le thé, les solutions glucosées ou bicarbonatées par la bouche ; le sel ici sera nuisible et proscrit dans l'état prétoxique ou toxique défini par ces recherches.

Le D[r] G. BLECHMANN (Paris) rappelle certains cas aigus et mortels où l'enfant « tourne » en quelques heures et songe à un apport infectieux surajouté. En chirurgie, avec le professeur Marfan on notera la valeur de la balance pour juger du poids, du pli cutané qui persiste dans les déshydratations graves ; on usera dans les états spasmodiques de sérum hypotonique à 1 ou 2 p. 1000 chloruré sodique. L'auteur préconise l'hydratation continue par les solutions chlorurées ou bicarbonatées en injection intraveineuse prolongée au trocart.

La poliomyélite. — Professeur CRUCHET (Bordeaux). — L'auteur en rappelle le schéma classique et dans les formes atypiques insiste sur la valeur clinique de la souffrance des membres, de leur impotence, et signale la valeur de l'*examen du liquide céphalo-rachidien*, mais à la condition que le prélèvement soit précoce, dès le début de l'atteinte du névraxe qui succéderait à l'infection générale, méningite transitoire durant quatre à cinq jours au plus, avec trois stades :

1° 70 à 90 p. 100 de polynucléaires ;

2° Macrophages ;

3° 25 puis 60 à 80 p. 100 lymphocytes qui disparaissent ensuite.

Au début, l'albuminose augmente également — environ 0,40 p. 1 000 — puis rétrocède, puis remonte du huitième au dixième jour, surtout s'il existe des signes radiculaires. La tension passe de même par deux maxima, sans blocage matriculaire ; la glycorrachie n'est jamais abaissée.

Dans l'encéphalite, ces signes biologiques n'offrent pas la même netteté, mais il faut les rechercher très précocement.

Le D[r] MARCEL LANGLOIS (de Québec) a observé en 1932, en deux à trois mois, 400 cas de poliomyélite ; il a procédé à 102 ponctions lombaires et a pu noter :

1° L'absence de proportion entre l'étendue des paralysies et la réaction cellulaire ;

2° L'hyperalbuminose n'est pas parallèle à la lymphocytose ;

3° L'absence de variations du liquide a toujours conduit à éliminer le diagnostic de poliomyélite. Mais la ponction doit être *précoce* et l'examen *à la cellule immédiat*.

Le professeur ROHMER confirme ces données.

Le D[r] BLECHMANN parle de la difficulté dans les cas sporadiques d'examen précoce et d'exagération paraissant suivre une sérothérapie tardive.

Le D[r] POLIGUEN (Québec) propose l'hémothérapie dans la poliomyélite en employant du sang normal. M. Rohmer ne l'utilise qu'à défaut de sérum de convalescent, par mélange du sang des parents et en triplant la dose.

Broncho-pneumonies infantiles. — M. JULIEN HUBER (Paris) passe en revue, dans un travail en collaboration avec MM. Sambron et Caïn, les effets des vaccins et des lysats-vaccins. Ils insistent en outre sur les effets salutaires de l'hydrothérapie et surtout de l'ouabaïne, de l'oxygénation prolongée, et montrent dans certains cas les dangers des transfusions intraveineuses.

MM. LALIBERTÉ (Québec) et BLECHMANN (Paris) préconisent aussi la coramine, l'adonis vernalis.

M. ROHMER ne croit pas à l'action spécifique des vaccins ; il attend des résultats futurs de l'étude des variétés de pneumocoques. La transfusion peut être conseillée, mais doit être d'une extrême lenteur. Enfin, l'adrénaline, l'hypophyse dans les états de paralysie vasculaire ont à leur actif de beaux succès. Dans les formes simples, on fera, s'il y a lieu, plusieurs transfusions ; dans les formes graves, transfusion toutes les quarante-huit heures jusqu'à guérison.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. le Dr VERGE (Québec) a eu d'heureux résultats chez les athrepsiques par les transfusions.

M. BLECHMANN (Paris) insiste sur l'abcès de fixation, sur la pyothérapie avec le pus de l'abcès de fixation.

Le Dr GAUMONT (de Québec) présente 6 cas familiaux (sur 13 enfants) de **Xéroderma pigmentosum de Kaposi** avec photophobie ; faits rares sous cette forme familiale.

M. JULIEN HUBER (de Paris), à propos de l'empyème infantile mis à l'ordre du jour, recommande la temporisation et les interventions économiques et courtes, le drainage des espaces intercostaux par capillarité pour diminuer la traumatopnée.

Rhumatisme et biotropisme. — M. JULIEN HUBER (de Paris) rappelle les faits qu'il a récemment publiés de rhumatisme articulaire et cardiaque post-sérothérapiques avec les sanctions pratiques thérapeutiques, médicolégales et biologiques qu'ils présentent à considérer.

Cardites congénitales. — MM. LETONDAL et TRUDEL (Montréal) rapportent des cas de cardites congénitales. Il s'agit bien d'une inflammation du cœur en général et non d'une simple myocardite.

A l'issue de ces deux séances, une visite détaillée a permis aux congressistes de se rendre compte de l'excellent aménagement de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Après cette visite, dans le solarium du rez-de-chaussée de l'hôpital, le comité des Dames avait préparé une réception et fait dresser une table fleurie où le plus cordial accueil fut réservé à tous nos collègues français et étrangers, entourés de leurs confrères canadiens, sous la présidence de M. le professeur Paquet, président du Congrès, assisté du Dr Paquet son frère, de M. le Dr Ch. Turcot, du Dr Marcel Langlois et de nombreux confrères canadiens que nous nous excusons de ne pouvoir citer ici. M. le professeur Rohmer, au nom de tous les hôtes étrangers, remercia Mme la présidente et les Dames du Comité de l'hôpital, salua les religieuses Dominicaines et adressa au professeur Paquet et au corps médical canadien les remerciements émus de leurs confrères. M. le professeur Paquet, en une chaleureuse allocution, avait renouvelé à tous ses souhaits de cordiale bienvenue.

L'après-midi de cette journée fut consacré à la visite des autres hôpitaux et de la crèche de Québec, et nous ne saurions trop remercier ici ceux de nos confrères qui, avec une inlassable bonne grâce, nous firent les honneurs des belles installations hospitalières de Québec.

JULIEN HUBER.

IIIe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Paris, 17-20 octobre 1934

En ouvrant le Congrès, M. le président Etienne associa en quelques mots le congrès au deuil national et demanda une minute de silence. Il annonça ensuite qu'il adressait un télégramme de condoléances à nos confrères de Yougoslavie.

M. Léopold MAYER prononça alors un beau discours à la gloire de la langue française et de la culture latine.

M. le président ETIENNE fit ensuite une magnifique évocation de la Rome antique, de la Rome chrétienne, de la Rome moderne mussolinienne et vaticane. Ce furent de belles pages d'une haute élévation d'esprit, d'une forme parfaite, exemple rare de cette culture latine, dont l'orateur fait l'éloge. L'esprit latin, dit-il, n'est-il pas fait de mesure et d'ordre. N'est-il pas propre aux initiatives hardies comme celles que nous montre le régime fasciste dans tous les domaines. Mais l'âme latine, prompte aux enthousiasmes rapides, sait aussi se discipliner et se montre capable de continuité dans l'effort. Elle a le sens de la justice, et le respect de la parole donnée. Et l'orateur en donne des exemples remarquables...

Après une éloquente allocution de M. le Doyen, le Congrès s'ouvrit en présence de S. E. l'ambassadeur d'Italie, par une remarquable conférence de M. le professeur PENDE.

Le maître de l'Université de Gênes, après avoir été salué par M. le professeur Lœper, nous fit, dans le français le plus pur, une admirable conférence sur le *Génie médical latin*.

L'orateur n'eut pas de peine à trouver dans l'histoire médicale de l'Italie ces « colonnes », suivant son heureuse expression, qui partant de Morgagni étayent encore toute la science médicale moderne. La finesse de l'esprit de l'orateur, son éloquence élégante, la précision de sa documentation ont fait de sa conférence un modèle du genre.

D'autres conférences eurent lieu dans les jours suivats. Ce fut d'abord celle du professeur Daniel. Elle eut lieu sous les auspices de l'Umfia, à l'institut océanographique. La séance était présidée par S. E. le ministre de Roumanie et par le professeur J.-L. Faure.

La conférence était consacrée à *la science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue francaise*. Dans une magnifique et émouvante évocation de l'histoire de la Roumanie, Daniel montra les progrès de l'influence française, il fit revivre quelques grandes figures médicales, le Français Davila, les Roumains Babès, Marinesco, Jonnesco, Jean Cantacuzène. Puis un film se déroula, montrant la douceur de la campagne roumaine, ses beautés, ses monuments, ses hôpitaux et ses universités. Souvenirs émouvants que MM. J.-L. Faure et Dartigues commentèrent en disant leur affection et leur admiration pour l'orateur.

La conférence du professeur GOYANÈS (de Madrid) eut lieu en présence d'un représentant de S. E. l'ambassadeur d'Espagne, et sous la présidence effective du professeur Hartmann. M. Goyanès ayant été retenu à Madrid, sa conférence fut lue par son collègue, le professeur Pena, l'éminent urologue de Madrid.

La constitution biotypologique de Don Quichotte et de Sancho Pança, tel était son sujet. Ce fut une conférence médicale, une conférence littéraire, un feu d'artifice éblouissant, où l'auteur mit tout son esprit et le lecteur la plus spirituelle bonhomie. L'un et l'autre furent très applaudis.

La dernière conférence enfin fut confiée au professeur MALVOZ (de Liége). L'auteur, suppléé par le professeur Vanbeneden, traité de l'*Inflation des intellectuels*. Cette infla-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tion, qui porte sur toutes les professions, est bien connue des médecins. C'est pour nous la pléthore médicale. L'auteur l'étudia dans tous les pays, il indiqua les moyens proposés pour l'atténuer — en France, la proposition Portmann, — il nous fit connaître de curieuses statistiques qui prêteront certainement à discussion. Ce fut un nouveau succès pour nos amis belges.

Limités par la place, nous n'avons pu qu'indiquer les grandes lignes de ces conférences qui seront d'ailleurs publiées prochainement dans des journaux latins. Il en sera de même des questions mises à l'ordre du jour. Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de les indiquer.

La première question concernait les *rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique.* Elle fut étudiée par MM. le professeur Gunzbourg, le docteur F. Coca, le docteur Paul Fumouze, rapporteurs ; par le professeur Dautrebande et le docteur J. Salarich.

La deuxième question, fort importante, était : *la responsabilité scientifique et morale de la presse médicale et son rôle directeur.* Les rapporteurs étaient : MM. de Blasio et Ed. Coeho. Le professeur Piccinini et Joao Coelho firent des interventions remarquées.

Enfin la troisième question était consacrée à la *technique et à la présentation d'un journal médical.* Les rapporteurs étaient MM. Cossio, Pierre Erlande, Robert Gardette.

MM. Caneuilesco, Molinéry, Gardette intervinrent utilement.

Enfin plusieurs heures furent occupées par la séance annuelle de la *Société de thérapeutique*, consacrée à la cholestérolémie et ses traitements et par la réunion de l'*Union thérapeutique* qui élargit encore ses cadres et devient internationale.

Rétrospective. — L'exposition rétrospective de la presse médicale, organisée au musée de la médecine, par notre confrère Maurice Gouly, bibliothécaire de l'Académie de médecine, a eu un grand succès. Elle contenait en effet des pièces rares qu'on reverra difficilement.

Assemblée générale. — Conformément aux statuts, le président du Congrès, M. le professeur Etienne, devient président de la fédération en remplacement de M. L. Mayer, président sortant.

M. le professeur Giordano (de Venise) est nommé président du prochain Congrès.

L'assemblée émet le vœu que le gouvernement italien veuille bien autoriser ce congrès à Venise.

Au cours de l'assemblée, on fit part de la mort du grand maître espagnol Ramon y Cajal. Sur la proposition de M. J. Coelho (Portugal), la séance fut suspendue en signe de deuil.

Visites scientifiques. — Les matinées de ces trois jours furent consacrées à des visites de laboratoires. De ces visites se dégagea une très forte impression.

L'Institut du Cancer, dont M. le professeur Roussy fit lui-même les honneurs, est très probablement le plus beau des instituts de recherches d'Etat qui soit au monde.

Les laboratoires privés des recherches biologiques du Dr Roussel et ceux du Dr Debat sont dus à l'initiative hardie de deux chercheurs. Si l'un et l'autre ont si merveilleusement réussi, c'est qu'ils sont précisément dirigés avec cet esprit latin fait de mesure, de discipline, de continuité, dont parlait le professeur Etienne. Quand ils commencent une recherche, ils la poussent jusqu'au bout, ils la contrôlent avec rigueur et ne la livrent aux essais des thérapeutes que lorsqu'ils sont sûrs de son efficacité et de son innocuité.

Nous n'insisterons pas sur le détail de ces beaux établissements trop connus. On sait que chez le Dr Roussel, 800 chevaux fournissent une moyenne de 1 litre de sang par jour et par cheval pour la production de l'hémostyl.

Dans les *Usines chimiques des laboratoires français*, le Dr Roussel emploie 1 200 savants, aides, employés ou ouvriers, qui s'appliquent avec un matériel perfectionné à la préparation des produits opothérapiques.

Savez-vous qu'il faut utiliser les pancréas de 300 chevaux pour produire 20 *grammes d'insuline* ?

Savez-vous que l'étalon officiel mondial de folliculine a été pris chez le Dr Roussel.

La visite des laboratoires du Dr Debat a soulevé la même admiration. Là encore, la perfection la plus rigoureuse est alliée à la hardiesse des recherches.

A côté de l'inotyol, à côté du pancrinol, qui rend de si grands services, voici le laboratoire des vaccins, puis le laboratoire des recherches du Dr Arthus, fils du célèbre biologiste. Remarquons en passant que dans les salles de fabrication, on ne nettoie jamais, car rien ne vient salir. Et en parcourant ces salles claires qui ouvrent sur des jardins admirables, on envie le sort des ouvrières.

Que de choses il faudrait encore indiquer..., mais je tenais seulement aujourd'hui à montrer que les laboratoires biologiques de France sont dignes d'admiration et aussi de respect.

F. L. S.



REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe Congrès français de médecine

et

XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Québec, 27-30 *août* 1934.

Président : M. le professeur A. PAQUET ; président-adjoint : M. le professeur E. SERGENT.

Les deux Congrès de langue française (Congrès français et Congrès de l'Amérique du Nord) ont été cette année célébrés à Québec en exécution d'un désir depuis longtemps exprimé par nos confrères canadiens et que les circonstances ont enfin rendu réalisable.

Sous la présidence de M. le professeur A. Paquet, digne successeur à la tête de ce Congrès du très regretté doyen le professeur Rousseau — et assisté de M. le professeur Sergent, président-adjoint, — ces deux Congrès se sont tenus dans le cadre imposant du château Frontenac à Québec avec un nombre considérable de congressistes, grossi de l'apport de médecins français, belges, suisses, italiens, portugais, venus en foule à l'occasion de ces grandes démonstrations médicales et scientifiques. Aux séances et rapports de médecine et chirurgie se sont ajoutées de nombreuses communications, des leçons cliniques, enfin des réunions spéciales, également suivies, dans divers hôpitaux, consacrées à la pédiatrie, à la neuropsychiatrie, à l'hygiène mentale, qui ajouteront aux beaux volumes des rapports une documentation importante.

Les médecins venus d'Europe sont restés sous le charme de l'accueil que leur ont réservé leurs collègues canadiens. Les réceptions et le banquet qui clôtura le Congrès ont été empreints d'une cordialité enthousiaste, mais, plus encore peut-être que ces brillantes manifestations, l'accueil personnel et affectueux de nos confrères et de leurs familles nous laisse à tous un souvenir inoubliable. S'il faut, pour être complet, mentionner que l'organisme administratif du groupe français Jacques Cartier a peut-être fâcheusement laissé échapper une occasion unique d'associer tous nos confrères d'Europe aux très brillantes fêtes organisées par le Canada en l'honneur du IIIe centenaire de l'arrivée au Canada du célèbre navigateur malouin, l'écho n'en a pas moins été ressenti par tous les médecins présents, qui ont ajouté au prestige de ces cérémonies la manifestation la plus importante en nombre et la plus féconde peut-être en conséquences pour le maintien des traditions latines et des disciplines intellectuelles qui sont aussi chères à nos frères canadiens qu'à nous-mêmes. La dernière réunion de ce Congrès, groupant en un banquet de mille couverts ceux des congressistes qui étaient encore à Québec a été l'occasion d'une manifestation de déférent enthousiasme envers les hautes personnalités canadiennes et anglaises qui honoraient ce banquet de leur présence. C'est sur cette note qu'il convient de clore l'évocation de ces inoubliables journées.

JULIEN HUBER.

PREMIÈRE QUESTION

Syndromes pancréatiques.

PREMIER RAPPORT.

Syndromes pancréatiques aigus. — MM. A. LESAGE, J.-R. PÉPIN, R. BOUCHER et J. LESAGE (Montréal). — Au début de cette étude, les auteurs rappellent les notions principales d'anatomie et de physiologie du pancréas.

Ils individualisent la pancréatite aiguë idiopathique qui comprend divers types : pancréatites œdémateuse, hémorragique, gangreneuse et suppurée. On peut observer également des pancréatites aiguës associées à un cancer ou consécutives à un traumatisme.

Au point de vue étiologique, un premier groupe est constitué par les pancréatites infectieuses. L'infection suit les voies lymphatique, sanguine, ou biliaire. Elle peut encore venir du duodénum, d'un foyer d'infection voisin, ou résulter d'une exaltation de virulence des bactéries normales de la glande.

Les pancréatites aseptiques sont d'origine mécanique par stagnation de la bile, ou d'origine chimique par suractivité des ferments biliaires. Elles peuvent être encore consécutives à des lésions du duodénum et des canaux biliaires ou pancréatiques. Parfois elles dépendent de l'autolyse ou sont conditionnées par une dégénérescence du pancréas secondaire à une tumeur, une rupture vasculaire, une intoxication ou un traumatisme.

L'infection joue un rôle très important. On peut mettre en évidence des germes microbiens dans la moitié des cas de pancréatite.

Expérimentalement, il est possible de provoquer une pancréatite hémorragique en introduisant des microbes dans le canal excréteur du pancréas. Mais d'autres voies peuvent propager l'infection : vaisseaux lymphatiques, veine porte, canaux biliaires. L'occlusion ou l'obstruction intestinale peuvent faciliter l'envahissement microbien et il est à remarquer que la pancréatite s'accompagne fréquemment d'atteinte du tube digestif.

Les autres pancréatites aiguës relèvent de causes mécaniques, traumatiques, chroniques ou diastasiques. Des produits toxiques peuvent se développer dans le pancréas, d'autres peuvent provenir des voies biliaires ou du duodénum.

On considère généralement que le suc pancréatique inactif n'est pas nocif pour le pancréas, excepté pendant la période active de la digestion. Mais la bile joue un rôle important dans les causes de la pancréatite aiguë, soit qu'elle se comporte comme un ferment en présence du suc pancréatique dont elle augmente l'activité, soit qu'elle agisse simplement comme un produit chimique. L'état de l'ampoule de Vater joue un rôle dans ce processus. En particulier, un calcul situé à ce niveau peut favoriser le reflux de la bile dans les canaux pancréatiques.

Il ne paraît pas douteux que la bile ou le suc duodénal puissent pénétrer par reflux dans les canaux pancréatiques et déterminer une pancréatite ou une nécrose.

Des parasites de l'intestin, certaines toxines peuvent atteindre le pancréas et donner une pancréatite s'accompagnant fréquemment de dégénérescence graisseuse. Celle-ci serait due à l'excès des ferments sanguins qui autolysent les tissus de voisinage, et dont l'extravasation,

puis le contact avec la bile, donnent naissance à des produits d'action dissolvante ou nécrotique.

Le shock nerveux par compression du plexus solaire, les traumatismes de la région épigastrique, les lésions ulcéreuses pyloro-duodénales ou appendiculaires, les affections cardiaques, certains médicaments comme le mercure seraient des causes possibles de pancréatite aiguë. Il faut enfin mentionner les pancréatites secondaires au choc opératoire, après intervention chirurgicale sur le tube digestif.

La pancréatite est plus fréquente de trente à quarante-cinq ans et dans certaines races. L'obésité peut être considérée comme un terrain favorable ; l'alcoolisme, les antécédents hépatiques prédisposent certainement à la maladie.

La pathogénie des pancréatites aiguës reste obscure sur plusieurs points. Deux théories sont en présence, défendant l'origine vasculaire ou canaliculaire de l'affection.

Dans l'ensemble, les causes, par ordre de fréquence, sont les suivantes : biliaires, intestinales, vasculaires, infectieuses, traumatiques, parasitaires et chirurgicales.

La douleur est le signe capital de la pancréatite aiguë. Elle est soudaine, atroce, s'accompagne d'état syncopal et atteint en général d'emblée sa plus grande intensité. Son siège est le plus souvent épigastrique ; mais, fréquemment étendu à tout l'abdomen, il présente des irradiations postérieures dorsales ou lombaires. Assez souvent la crise débute en période digestive ; sa durée et sa résistance à la médication sont deux signes caractéristiques. Elle est souvent précédée d'une série d'indigestions, plus ou moins espacées, coïncidant avec des repas copieux.

Les vomissements sont contemporains de la douleur ; faciles, alimentaires ou biliaires, ils ne la soulagent pas. L'arrêt des matières et des gaz est inconstant, mais ce qui frappe surtout, c'est le mauvais état général du malade. Il existe un véritable état de shock, de collapsus grave. L'intelligence et la conscience sont intactes. La température est presque toujours normale ou sub-normale, avec dissociation du pouls. La respiration est accélérée, l'oligurie extrême.

Le ballonnement abdominal est inconstant. C'est un météorisme localisé et sans tension. La paroi est sensible à la palpation, mais il n'y a pas de défense musculaire. La contracture épigastrique est relativement rare.

La pression profonde épigastrique réveille la douleur et permet parfois de sentir une tuméfaction. Des taches cyanotiques apparaissent dans la région péri-ombilicale. On décèle assez souvent dans les urines la présence de sucre. Les selles sont parfois décolorées et contiennent du sang.

L'hyperglycémie peut servir au pronostic. Elevée au début, elle peut décroître avec la rétrocession des lésions et augmenter avec l'extension de la nécrose. La glycémie provoquée a une signification réelle. Le maximum d'hyperglycémie est atteint en quarante-cinq minutes dans les pancréatites aiguës, tandis qu'elle n'apparaît chez le diabétique qu'après deux heures.

La radiographie permet de constater un duodénum en fer à cheval, agrandi, ouvert, avec stase barytée par hypotonicité duodénale.

L'épreuve de la diastase possède une grande valeur, selon les écoles anglaise et américaine. L'élévation de l'index diastasique de l'urine, qui oscille normalement entre 6 et 30, à 100 et 200 serait un symptôme fréquent.

L'examen du sang montre d'abord une hyperglobulie suivie bientôt d'une chute des hématies et d'une leucocytose. L'aspect laiteux du sérum ou du plasma coïncide avec l'existence d'une pancréatite hémorragique. L'ictère existe parfois.

Il faut rechercher systématiquement tous ces symptômes et penser à la pancréatite dans tous les cas de syndrome douloureux de la région épigastrique, surtout chez un ancien lithiasique ou un ancien ulcéreux.

Les auteurs américains attachent de l'importance à quelques symptômes complémentaires : signe de Halstead, signe de Mayo-Robson, signe de la pupille qui correspond à la mydriase par l'adrénaline.

Les expériences et la clinique ont permis de préciser l'évolution habituelle du syndrome pancréatique, qui passe en général par les stades d'œdème, d'hémorragie, de suppuration et de nécrose. Les infections ou les intoxications d'origine vésiculaire, l'injection de bile pure dans le canal pancréatique, les oblitérations vasculaires provoquent généralement une pancréatite œdémateuse. L'injection d'une bile infectée provoque la nécrose du pancréas, celle du contenu duodénal et du suc intestinal donne des pancréatites hémorragiques.

Cliniquement, c'est la forme œdémateuse qui réalise au maximum les symptômes de pancréatite aiguë. Bien qu'elle soit relativement la moins grave des formes aiguës, puisqu'elle semble guérir souvent spontanément, elle s'accompagne de réactions extrêmement vives par suite de l'étendue et de la rapidité évolutive de l'œdème.

Une intervention précoce fait disparaître cette tension de la glande et améliore le pronostic.

La pancréatite œdémateuse peut évoluer d'ailleurs vers d'autres formes plus graves.

Dans la pancréatite hémorragique, la douleur, maxima à gauche et en arrière, irradie presque toujours à droite, sans doute à cause des crises paroxystiques de cholécystite coïncidant avec la pancréatite aiguë. Les signes physiques et les phénomènes de choc sont plus atténués.

La pancréatite purulente n'a pas d'individualité clinique propre ; elle évolue en général avec une symptomatologie atténuée et vient compliquer une affection déjà existante. Cependant, on peut y penser à cause de la douleur épigastrique soudaine.

Le diagnostic des pancréatites aiguës est toujours très délicat. Sur 118 opérations rapportées par Brocq, 21 fois seulement on avait fait le diagnostic ferme de pancréatite. On doit y penser en présence d'un état général grave et d'une douleur épigastrique très violente. Au moindre doute, il faut opérer.

Le diagnostic peut se poser avec les gastrites aiguës, les crises gastriques du tabes, les douleurs de l'ulcère ou des diverticules duodénaux parfois avec le cancer de la tête du pancréas.

Le diagnostic de crise d'ordre chirurgical étant posé, il faut éliminer l'appendicite aiguë, la torsion ou le volvulus des divers organes abdominaux, l'occlusion mécanique, l'infarctus de l'intestin et l'iléus biliaire, la perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal, enfin, dans quelques cas, la dilatation gastro-duodénale aiguë post-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

opératoire et les coliques néphrétique, saturnine et hépatique.

Dans tous les cas, c'est par la connaissance de crises antérieures moins violentes et par la recherche systématique des signes principaux qui constituent tout au moins un diagnostic de probabilité qu'on pourra prendre une décision rapide et imposer un traitement chirurgical précoce.

DEUXIÈME RAPPORT.

Syndromes pancréatiques chroniques avec prédominance des troubles de la sécrétion externe. — MM. A. CADE et PIERRE.-P. RAVAULT, avec la collaboration radiologique de M. ROGER CADE. — Les symptômes qui traduisent une lésion ou un trouble fonctionnel du pancréas sont souvent difficiles à percevoir et à identifier, par suite de la situation profonde de la glande, de l'importance des signes d'emprunt, et du fait que l'organisme peut suppléer au moins partiellement à la déficience du pancréas dans la digestion.

La viciation du fonctionnement glandulaire consiste surtout dans l'insuffisance totale ou partielle de sa sécrétion. La sécrétion externe du pancréas agit sur les divers ordres d'aliments, grâce à une série de ferments : la trypsine, qui pousse la dislocation de la molécule albuminoïde jusqu'au stade d'acides aminés, l'amylase qui agit sur l'amidon, la lipase qui exerce une action émulsive et saponifiante.

Dans ces dernières années, on a poussé très loin l'étude expérimentale du déficit pancréatique qui s'accompagne de troubles de l'absorption des graisses et des matières azotées. Ces troubles sont moindres si la réaction pancréatique a été incomplète. L'opothérapie les atténue. Enfin, ils s'accompagnent souvent de phénomènes trophiques résultant de la carence en acides aminés et peut-être aussi en vitamine liposoluble.

L'insuffisance pancréatique se traduit d'abord par des signes cliniques : diarrhée, modifications de l'appétit, amaigrissement rapide, anémie.

Les examens de laboratoire après repas d'épreuve fournissent des résultats très importants. L'examen des selles est capital. Il faut insister sur leur fréquence, leur volume, mais surtout sur leur étude microscopique et chimique. L'étude microscopique des graisses montre leur abondance et surtout celle des graisses neutres. Chimiquement, on dose les graisses neutres et les graisses saponifiées. On étudie surtout les rapports entre la graisse ingérée et la graisse excrétée ou *coefficient d'absorption*, et le rapport total entre la graisse neutre et la graisse totale excrétée. Ces examens permettent de constater, chez les insuffisants pancréatiques, l'élimination d'une quantité anormale de graisse ou stéatorrhée et le défaut de dédoublement de ces graisses ou hypostéatolyse. Toutefois, la stéatorrhée peut manquer en cas de lésions pancréatiques incomplètes ou d'obstacle à l'écoulement du suc gastrique et l'hypostéatolyse est sujette à des variations importantes. Mais de toutes façons, chez les pancréatiques, l'absorption de la graisse se fait mal.

L'insuffisance pancréatique se traduit encore par des troubles sérieux de la digestion des albuminoïdes. Ceux-ci peuvent se constater microscopiquement, en particulier par l'épreuve desnoyaux. Enfin, le dosage chimique permet de se rendre compte de ce déficit par l'apparition de l'azotorrhée. On recherche également dans les fèces les hydrocarbones non digérés et la présence de bile. On a cherché à y mettre en évidence les divers ferments des sucres pancréatiques. La plus pratique de ces recherches est celle de l'amylase fécale, mais son absence ne peut guère témoigner que d'une obstruction du canal de Wirsung ou d'une achylie pancréatique par sclérose totale du pancréas.

On a enfin tenté d'évaluer l'activité du suc pancréatique dans l'intestin par épreuve du salol et plus récemment par l'appréciation du temps de rupture de capsules opaques glutinisées.

On a encore apprécié l'insuffisance pancréatique en recherchant dans le sang les ferments d'origine pancréatique et leurs variations, ainsi que les modifications de la lipémie. La première méthode se borne presque exclusivement à la recherche de l'amylase dont le taux comparé à l'amylase urinaire présente un intérêt réel, mais reste souvent difficile à interpréter. La recherche des graisses du sang soulève de sérieuses objections.

L'examen des urines montre parfois de la glycosurie, ce qui est un signe d'orientation pancréatique. La recherche de l'amylase dans l'urine a de la valeur, et il est intéressant de comparer son taux avec celui de l'amylase fécale.

L'examen du suc duodénal présente une importance considérable. Son prélèvement direct à l'aide du tube d'Einhorn permet d'y rechercher les divers ferments après s'être débarrassé de la bile par la méthode de Meltzer-Lyon. Dans le suc ainsi obtenu, on recherche la trypsine et surtout la lipase. Dans les pancréatites et les diabètes graves, on note une insuffisance des ferments. Dans les tumeurs, l'absence de ferments, de bile et de sang est en faveur d'un cancer de la tête du pancréas ; la présence de sang seul est en faveur d'une tumeur de l'ampoule de Vater. De même, la rétention biliaire pure doit faire conclure à une obstruction ou compression isolée du cholédoque.

On a cherché à rendre plus nets ces résultats en excitant la sécrétion pancréatique. De nombreuses épreuves telles que les injections intraveineuses de sécrétine purifiée ou de solutions glucosées ont été proposées dans ce but.

Toutes ces recherches sont longues et difficiles, et en règle générale, il faudra se limiter aux plus simples d'entre elles.

En résumé, l'exploration du fonctionnement pancréatique permet de mettre en évidence, quoique de manière inconstante, les insuffisances pancréatiques prononcées ou totales et l'obstruction du canal de Wirsung. Pour les insuffisances partielles, tout au plus pourra-t-on les soupçonner. Dans les grandes insuffisances pancréatiques, on obtiendra surtout des renseignements utiles du dosage des ferments pancréatiques dans le suc duodénal et de l'amylase dans les fèces.

Aux symptômes pancréatiques proprement dits s'en ajoutent d'autres qui relèvent des rapports anatomiques et de la morphologie de la glande.

Parmi eux, il faut insister sur les douleurs. Elles revêtent le plus souvent le type de crises paroxystiques,

simulant d'assez près la crise de colique hépatique. D'autres fois, elles prennent le caractère d'un syndrome pseudo-ulcéreux, ou de phénomènes douloureux continus.

Les douleurs provoquées par la palpation revêtent une valeur diagnostique certaine, lorsqu'elles siègent au point pancréatique ou dans la zone pancréatico-cholédocienne.

Le symptôme tumeur est encore plus inconstant. Dans quelques cas, on peut sentir une masse allongée transversalement plus ou moins bien individualisée. En général, seules les tumeurs de gros volume sont perceptibles.

L'ictère revêt dans les syndromes pancréatiques chroniques une importance de premier plan et représente le signe de beaucoup le plus fidèle des lésions de la tête du pancréas. Il s'agit d'un ictère chronique par rétention avec augmentation de volume du foie et distension vésiculaire. Les signes de compression des voies digestives, l'ascite, les œdèmes, la mélanodermie se rencontrent beaucoup plus rarement.

La radiologie enfin est susceptible d'apporter des renseignements intéressants. Dans les cancers du pancréas, on observe presque exclusivement des signes d'emprunt dus à la compression : encoche de la petite courbure, empreinte sur la grande courbure refoulée à droite, lacune centrale. L'image du pylore est souvent déformée.

Mais ce sont surtout les signes duodénaux qui ont de l'importance : retard du transit, sténose, changements d'aspect du cadre duodénal par élargissement simple ou s'accompagnant de déformations. Les signes coliques sont peu fréquents.

Dans l'ensemble, le refoulement du bulbe en haut et à gauche et l'élargissement de l'anneau duodénal sont le fait des tumeurs de la tête pancréatique, de beaucoup les plus fréquentes, tandis que les manifestations coliques ainsi que certaines déformations du corps de l'estomac dépendent plutôt des tumeurs du corps et de la queue.

Les kystes et pseudo-kystes du pancréas peuvent donner des signes radiologiques analogues.

Dans les pancréatites qui se traduisent en général par une hypertrophie assez discrète de la glande, les symptômes radiologiques sont plus atténués. Dans quelques cas exceptionnels, on a pu voir aux rayons X l'ombre directe d'un pancréas. très induré.

L'exploration radiologique des voies biliaires après injection de lipiodol par une fistule biliaire peut donner des résultats.

Enfin, la radiographie est indispensable pour affirmer avec certitude le diagnostic des calculs pancréatiques. Ils sont souvent difficiles à différencier des calculs du cholédoque et du rein ou des ganglions calcifiés paravertébraux ou mésentériques.

Les syndromes pancréatiques se groupent différemment pour donner des tableaux cliniques des pancréatites chroniques, de la lithiase, des kystes et des cancers.

Dans le vaste groupe des pancréatites, on peut individualiser les *pancréatites chroniques avec ictère*. Les lésions sont le plus généralement localisées à la tête du pancréas. L'ictère est le symptôme capital. L'hépatomégalie est de règle ; les signes de déficience pancréatique sont assez rares. Cette affection peut prendre une allure inflammatoire et fébrile ou revêtir une allure pseudo-néoplasique. Elle guérit régulièrement après drainage des voies biliaires.

Dans d'autres cas, c'est la douleur qui constitue le syndrome essentiel, par compression du plexus solaire ou réaction péritonéale.

Les *pancréatites à forme entérocolitique et dyspeptique* s'accompagnent fréquemment de signes d'emprunt. Aux symptômes gastriques s'ajoutent des alternatives de constipation et de diarrhée, des coliques douloureuses, de l'entérocolite. Ces formes seraient relativement fréquentes et de diagnostic difficile.

Quant aux petits syndromes d'insuffisance pancréatique, leur diagnostic ne peut se baser que sur des tests de laboratoire dont la valeur reste souvent discutable.

L'étiologie des pancréatites est variable. Le plus généralement elles sont d'origine biliaire, et dans l'immense majorité des cas la lithiase biliaire est en cause sous forme d'un calcul enclavé. Enfin, chez des malades atteints de cholécystite, quelques-uns des troubles digestifs observés peuvent dépendre d'altérations pancréatiques. Si l'on met à part le diabète bronzé, l'élément pancréatique ne se manifeste que faiblement chez la plupart des cirrhotiques.

L'ulcère gastro-duodénal peut se compliquer, lui aussi, de pancréatite chronique.

Les observations de pancréatite chronique secondaires à des infections aiguës sont rares. Plus fréquemment, c'est la syphilis héréditaire ou acquise qui est en cause, et qui détermine par infiltration gommeuse ou scléreuse un tableau clinique de pancréatite avec ictère.

Enfin, on a attiré l'attention sur l'existence de cirrhoses pancréatiques chez les artérioscléreux, les urémiques, dans l'anémie pernicieuse et dans certaines splénomégalies.

La *lithiase du pancréas* se caractérise surtout par des symptômes douloureux et l'élément essentiel du diagnostic réside dans l'exploration radiologique. L'évolution en est capricieuse. Elle peut arriver à guérir par expulsion des calculs.

On désigne sous le nom de *kystes du pancréas* les collections liquides qui s'y développent et qui peuvent être d'origine inflammatoire, adénomateuse, cancéreuse ou parasitaire. Les pseudo-kystes sont plus fréquents que les kystes vrais. La séméiologie des uns et des autres se caractérise essentiellement par l'existence d'une tumeur, de douleurs, et de quelques signes d'insuffisance pancréatique. Les commémoratifs jouent un rôle important dans le diagnostic. La marche de ces tumeurs est lente. Elles évoluent en plusieurs années vers la cachexie.

L'ictère domine l'histoire clinique du *cancer de la tête*. Les douleurs constituent le signe capital de la forme classique du *cancer du corps*, mais il existe de nombreuses formes anormales.

Les symptômes pancréatiques sont difficiles à individualiser en raison de la coexistence d'une rétention biliaire prépondérante. En général, le syndrome d'insuffisance pancréatique externe, malgré les présomptions qu'il peut apporter, permet rarement un diagnostic certain.

L'obscurité des signes cliniques objectifs, l'absence d'une séméiologie fonctionnelle pathognomonique, la

difficulté d'interprétation des symptômes fournis par le laboratoire et la radiologie rendent particulièrement difficile la pathologie du pancréas. En dépit des progrès réalisés dans ces dernières années, elle reste souvent obscure du fait de la fréquence des symptômes d'emprunt.

TROISIÈME RAPPORT.

Pancréatite chronique avec troubles de la sécrétion interne. — MM. ALBERT PUECH et PIERRE RAIMBAUD. — Le pancréas, glande mixte, déverse dans le sang une hormone, l'insuline, sans laquelle l'organisme ne peut utiliser le glucose, et qui possède encore une action sur l'équilibre des lipides et des protides. Accessoirement, le pancréas semble intervenir dans l'équilibre aqueux et le développement de la morphogenèse. Enfin, on a pu isoler quelques extraits sans insuline, utilisés en thérapeutique pour leurs effets cardio-vasculaires.

La fonction endocrine essentielle du pancréas est donc la sécrétion de l'insuline, et les troubles de la sécrétion pancréatique interne comprennent un syndrome d'hyperinsulinisme avec hypoglycémie et d'hypo-insulinisme avec hyperglycémie.

Les pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne constituent l'une des variétés principales des syndromes insuliniques. Elles se rencontrent dans les lésions de sclérose ou d'inflammation chronique de la glande ou accompagnent certaines altérations dégénérarives des îlots de Langerhans. On ne peut donc comprendre dans leur descrption les états de dysinsulinisme fonctionnels provoqués par les cancers, les kystes ou la lithiase de la glande, ainsi que les syndromes où le trouble de la sécrétion pancréatique coexiste avec d'autres troubles fonctionnels endocriniens ou viscéraux. La pancréatite avec trouble de la sécrétion interne est la cause la plus importante des diabètes proprement dits par lésions du pancréas.

La pancréatite chronique serait relativement fréquente. Cependant, elle ne s'accompagne que rarement de glycosurie. Expérimentalement, la ligature du canal de Wirsung ne fait pas apparaître le sucre dans les urines et les expériences montrent qu'il faut enlever une partie importante de pancréas pour que le diabète apparaisse. C'est surtout autour de l'atteinte des îlots de Langerhans et des réactions insulo-pancréatiques que gravitent l'histologie et la physiopathologie des pancréatites diabétigènes.

Au cours des pancréatites chroniques, les troubles de la sécrétion interne sont subordonnés, en effet, aux lésions des îlots de Langerhans et dépendent moins de leur nature que de leur gravité et de leur étendue.

Les lésions insulaires diabétiques présentent divers types : sclérose, atrophie, dégénérescence hyaline ou hydropique. Cette dernière paraît traduire plus spécialement une réaction d'épuisement par surmenage fonctionnel des îlots. Contre ces processus destructeurs, le pancréas défend sa fonction endocrine par une régénération insulaire.

L'évolution du diabète pancréatique est commandée par la destruction progressive des îlots et sa gravité est due à ce que la régénération insulaire reste le plus souvent insuffisante. Les améliorations fonctionnelles du diabète ne paraissent pas correspondre à des régénérations anatomiques suffisantes pour que la pancréas tende à recouvrer son intégrité. Toutefois, l'insulinothérapie pourrait dans certains cas faciliter cette régénération.

La pancréatite chronique serait d'ailleurs la cause la plus fréquente de l'hyperinsulinisme et pourrait évoluer ensuite vers l'hypo-insulinisme. Cela explique la possibilité d'un syndrome d'hyperglycémie et de diabète pouvant succéder à l'hypoglycémie.

Quelques facteurs pancréatiques extra-insulaires paraissent déterminer secondairement des troubles de la sécrétion interne de la glande : atrophie lipomateuse, sclérose, artérite. Epstein a émis l'hypothèse que les troubles de la sécrétion externe interviendraient dans certaines conditions biologiques, en réduisant l'activité de l'insuline par sa neutralisation à l'intérieur même de la glande. Enfin, au dysfonctionnement insulaire peuvent s'associer d'autres facteurs extrapancréatiques susceptibles d'en modifier les effets : l'insuffisance hépatique et le dysfonctionnement des autres glandes endocrines.

En clinique, les pancréatites chroniques diabétigènes peuvent se traduire par l'association au trouble glycorégulateur de symptômes liés à l'insuffisance de la sécrétion externe : troubles digestifs, diarrhée chronique graisseuse, phénomènes douloureux abdominaux, ictère par compression. Exceptionnellement la pancréatite peut s'accompagner d'hyperinsulinisme et d'hypoglycémie.

Mais le plus souvent, elle reste cliniquement latente et son rôle n'est mis en évidence que d'une manière indirecte. C'est ainsi que l'on rapporte généralement les diabètes consécutifs aux infections générales aiguës (oreillons ou ictères catarrhaux), à des pancréatites. La sclérose pancréatique peut également se produire dans certaines affections vésiculaires ou par propagation d'un processus ulcéreux gastro-duodénal. Mais si son existence peut être cliniquement soupçonnée dans de tels cas, on ne peut *a priori* l'affirmer.

L'atteinte du pancréas chez les hyperglycémiques peut être plus sûrement démontrée par l'étude du dysfonctionnement insulaire : épreuve de l'hyperglycémie provoquée, insulino-résistance.

D'autres signes pancréatiques peuvent être encore révélés chez les diabétiques par les procédés de laboratoire permettant de déceler les troubles de la sécrétion externe de la glande : dosage de l'amylase fécale, dosage des ferments pancréatiques dans le suc duodénal, épreuve des noyaux de Schmidt, dosage des diastases pancréatiques dans les urines et des lipases dans le sang. La constatation de ces signes est en faveur du diagnostic de pancréatite. Enfin, l'interférométrie vient d'apporter récemment une nouvelle méthode de recherche susceptible d'aider à ce diagnostic.

Un grand nombre de travaux ont permis d'affirmer qu'il existe dans la moitié des cas de diabète des modifications mascroscopiques du pancréas. Les lésions microscopiques interstitielles sont encore plus fréquentes et les altérations insulaires sont presque de règle.

Cependant, le pancréas peut être trouvé indemne dans toutes les formes du diabète et plus particulièrement chez les diabétiques jeunes. D'autre part, quoique très

Librairie J.-B. Baillière et Fils, Éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris

LE NOURRISSON

Revue d'Hygiène et de Pathologie de la Première Enfance

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE — 1934

ABONNEMENTS : France, 50 fr. Belgique, 75 fr. français. Étranger, 80 fr.

Le Numéro, paraissant tous les 2 mois : 12 francs

Numéro spécimen sur demande contre 5 francs en timbres-poste.

PRINCIPAUX ARTICLES PARUS EN 1934

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

rarement, des lésions même très importantes des îlots de Langerhans peuvent exister sans s'accompagner de glycosurie.

Il n'y a que d'assez lointaines raports entre les diverses lésions insulino-pancréatiques et les types cliniques du diabète ; cependant, la dégénérescence hyaline et la sclérose sont les plus fréquentes et se rencontrent dans les diabètes lentement évolutifs ; la dégénérescence hydropique, l'atrophie simple, l'infiltration lymphocytaire paraissent correspondre au diabète des jeunes.

Du point de vue thérapeutique, il semble que nous n'ayons à opposer aux troubles de la sécrétion interne déterminés par les pancréatites chroniques qu'un seul agent efficace, l'insuline. L'intérêt de l'opothérapie glandulaire totale est pratiquement nul. Le traitement étiologique est rarement indiqué. Seuls peuvent en bénéficier les diabètes légers et les glycosuries consécutives aux cholécystites chroniques et aux ulcères gastro-duodénaux.

Discussion.

M. Pavel (Bucarest) insiste sur l'existence d'une pancréatite aiguë d'ordre médical évoluant au cours de certaines maladies générales, sans symptômes cliniques. Le fait est prouvé par les modifications du taux de la diastase urinaire. Aussi, les troubles glycorégulateurs existant dans la pneumonie et l'ictère catarrhal, et mis généralement sur le compte d'une atteinte hépatique, seraient d'ordre pancréatique. On pourrait expliquer ainsi l'augmentation du besoin d'insuline des diabétiques au cours des états infectieux, ainsi que l'augmentation de la tolérance à l'insuline des ictères catarrhaux.

Le diabète pancréatico-splénique après la résorption d'ascite au cours des cirrhoses hépatiques. — MM. Noel Fiessinger et G.-B. Brouet (Paris), après avoir signalé divers associations de cirrhose et de diabète, rapportent l'existence d'une association qu'ils ont observée plusieurs fois : cirrhose hypertrophique avec ascite et œdèmes, suivie de guérison apparente avec disparition de l'ascite, puis apparition d'un diabète sans, puis avec dénutrition suivie de granulie. A l'autopsie, cirrhose diffuse avec pancréatite scléreuse et splénite fibreuse. Dans de tels cas la pathogénie pancréatique domine, mais les auteurs se demandent, étant donnée l'importance de la fonction glyco-régulatrice de la rate, si l'apparition tardive du duabète n'est pas le fait de la double lésion pancréatique et splénique qu'augmente lentement l'évolution d'une cirrhose diffuse.

Quelques cas de pancréatites aiguës, guéris sans traitement chirurgical. — M. Max Einhorn (New-York). — La mortalité des interventions pour pancréatites aiguës est d'environ 50 p. 100. C'est une raison pour en chercher un traitement médical. L'auteur décrit 3 cas qui ont été traités avec succès par l'abstention. Deux de ces cas coïncidaient avec un ulcère gastro-duodénal, et furent alimentés par voie duodénale.

Etude clinique et radiologique d'un cas de pancréatite kystique. — MM. J. Huber, J. Gatellier et G. Ronneaux (Paris). — Malade de soixante-trois ans chez laquelle deux examens radiographiques avaient montré un élargissement très notable de l'anneau duodénal, puis un étirement rectiligne du duodénum. L'intervention a montré une masse kystique volumineuse qui fut traitée par marsupialisation. Guérision par l'intervention suivie d'insulinothérapie.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS

BAIN CARRÉ. — Bain marin complet (iodo-bromo-chloruré) renfermant intacts tous les sels marins naturels.

Indications. — Enfants : débilité, lymphatisme, rachitisme, troubles de la croissance. Adultes : nervosisme, surmenage, convalescence.

Lancosme, 71, avenue Victor-Emmanuel III, Paris (VIIIe).

BIOTRIGON. — Elixir à base de fénu-grec, augmente le poids.

22, rue Perceval, Paris (XIVe).

GOUTTES ET DRAGÉES BLAGNY. — Avec dionine, codéine, bromoforme, eau de laurier-cerise, teinture d'aconit et droséra. Sédatif de la toux, antispasmodique, antiseptique pulmonaire.

Indications. — Coqueluche, asthme, emphysème, grippe, etc.

R. Paméia, 22, rue de la République, Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

ÉNERGINE IODÉE DE BERCK. — Avec : bardane, iode, noyer, arsenic, sous forme d'un sirop agréable.

Enfants : 1 cuillerée à dessert deux fois par jour.

Adultes : 2 cuillerées à soupe.

Indications. — Croissance, lymphatisme, scrofule, ganglions.

G. Ruin, 21, rue Saint-Leu, à Amiens (Somme).

IODALOSE GALBRUN (iode physiologique assimilable). — Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

Dose moyenne : de XX à LX gouttes par jour.

Paris, 8 et 10, rue du Petit-Musc (IVe).

IODÉOL EXTERNE. — Iode colloïdal électrochimique pur, réservé uniquement aux badigeonnages thoraciques dans la grippe, la rougeole, etc., pour éviter les complications pulmonaires dans les affections pulmonaires aiguës et leur convalescence. Plus actif que la teinture d'iode, il contient 20 p. 100 d'iode, et n'est nullement caustique. Il peut être appliqué chaque soir, car il ne brûle pas l'épiderme.

Recouvrir d'ouate et nettoyer à l'alcool avant nouveaux badigeonnages.

E. Viel et Cie, 3, rue Sévigné, Paris.

KYMOSINE ROGIER, à base de ferment lab et sucre de lait purifiés.

Mode d'action. — Rend le lait de vache abso-

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS *(Suite)*

lument digestible ; facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

INDICATIONS. — Gastro-entérites, dyspepsies infantiles, athrepsie.

POSOLOGIE. — Une cuillerée-mesure pour 200 centimètres cubes de lait à 40° ou une pincée avant la tétée.

Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure et d'une notice donnant le mode d'emploi détaillé.

Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.

MARINOL. — Reconstituant marin physiologique inaltérable de goût agréable.

INDICATIONS. — Anémie ; lymphatisme ; convalescences ; tuberculoses pulmonaire, ganglionnaire et osseuse.

POSOLOGIE. — *Enfants* : 2 à 3 cuillerées à dessert ; *nourrissons* : 2 à 3 cuillerées à café.

Laboratoires « La Biomarine », à Dieppe.

NEUROCALCIUM. — Bromure de calcium plus qualités antispasmodiques du chlorure de calcium. Pas de contre-indication.

INDICATIONS. — Toutes les excitations nerveuses, spasmophilie, convulsions, insomnie, etc.

19, *avenue d'Orléans, Paris (XIVe).*

OPOPHOS. — Granulé sucré. Phosphates assimilables de chaux et magnésie, fer, manganèse, avec fixateurs opothérapiques : parathyroïdine, splénine et surrénine.

Laboratoire Denisot, 19, *rue de Fleurus, Paris (VIe).*

PAPAINE TROUETTE-PERRET. — Ferment digestif végétal.

INDICATIONS. — Gastro-entérites des nourrissons, diarrhées, vomissements.

DOSES. — *Enfants* : 2 cuillerées à café après chaque repas.

Laboratoires Trouette-Perret, 15, *rue des Immeubles Industriels, Paris (XIe).*

PAROXYL. — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche.*

POSOLOGIE. — Enfants au-dessous d'un an : X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfants de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

Dépôt général : Thiriet et Cie, 26, rue des Ponts, Nancy.

POMMADE ET POUDRE NOELLINE. — A base de dermatol et d'acide borique. En application locale tant à titre préventif qu'à titre curatif.

INDICATIONS. — Rougeur des bébés, intertrigo, escarres.

Laboratoire de la Noelline à Guingamp (Côtes-du-Nord).

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IVe).

PROTO-GAMBIER. — Hg^2Cl^2, léger et dissociable. Toutes les indications du calomel sans ses inconvénients. Comprimés à 0gr,001, 0gr,01 et 0gr,05

Gambéol, 42, rue Emile-Deschanel, Courbevoie.

QUINBY INFANTILE. — Iodobismuthate de quinine (formule Aubry), est le produit original créé dès le mois de juin 1921.

Suspension huileuse à 10 p. 100.

Ampoules de 1 centimètre cube spéciales pour enfants.

S'administre en injections intramusculaires profondes deux fois par semaine à la dose de 2 dixièmes de centimètre cube par année d'âge.

INDICATIONS. — Action remarquable sur toutes les manifestations de l'hérédo-syphilis : pemphigus, altérations osseuses, hépatiques, spléniques. Particulièrement indiqué dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant et dans la maladie de Parrot.

AVANTAGES. — Non toxique. Tolérance parfaite. Injection indolore. Aucune contre-indication.

Laboratoire Aubry, 54, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

SALICAIRINE. — Tanno-glucoside de la salicaire. Spécifique de toutes les diarrhées infantiles : diarrhée verte, choléra infantile, gastro-entérite. Solution titrée à 5 p. 100 de glucoside. LXXX à C gouttes par jour dans un peu d'eau bouillie sucrée.

E. Viel et Cie, 3, rue de Sévigné, Paris.

SIROP IODOTANNIQUE GUILLIERMOND. — Saveur agréable appréciée des enfants. Renferme iode et tanin dans des proportions rigoureusement dosées.

INDICATIONS. — Lymphatisme, scrofule, adénites, tuberculose, toutes médecines infantiles.

Bertaut-Blancard, 64, rue de la Rochefoucauld, Paris (IXe).

SIROP LECŒUR. — Contre **l'incontinence d'urine,** avec Rhus aromatica, noix vomique, belladone, quinquina, acide phosphorique, glycérophosphates.

Se prend pur ou dilué dans un peu d'eau avant les repas ou le coucher.

Laboratoires Gavin, à Vimoutiers (Orne).

SIROP TINARDON. — Sirop iodo-tannique phosphaté. A prendre par jour : 2 à 3 cuillerées à soupe suivant l'âge.

INDICATIONS. — Lymphatisme, adénopathie, croissance difficile.

J. Tinardon, 17, rue Cadet, Paris.

SUPPOSITOIRES CORBIÈRE A BASE D'ARSÉNOBENZOL rigoureusement titré à 30 p. 100 As pur.

DOSES. — Suppositoires pour enfants : 0gr,03 d'arsénobenzol par suppositoire ; suppositoires pour nourrissons : 0gr,01 d'arsénobenzol par suppositoire (en boîtes de six).

INDICATIONS. — Hérédo-syphilis.

MODE D'EMPLOI. — 2 à 3 suppositoires par semaine, par séries de 24.

Laboratoires pharmaceutiques Corbière, 27, rue Desrenaudes, Paris.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES DES ENFANTS *(Suite)*

SUPPOSITOIRES PEPET. — Pour bébés, pour enfants, avec beurre de cacao et glycérine.

INDICATIONS. — Constipation, hémorroïdes.

Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.

SUPPOSITOIRES PYRAX. — Médication sédative et antithermique de choix dans toutes les maladies de l'enfance (action diurétique, tonique, désinfectante).

DEUX DOSAGES. — Bébés jusqu'à trois ans, enfants de plus de trois ans.

Chavialle, 70, Grande Rue, Sèvres (Seine-et-Oise).

TÆNIFUGE LARIX. — Avec extrait de fougère mâle, calomel, éther et chloroforme. A recommander aux enfants, adolescents et adultes.

Félix Abadie, 25, rue Thiers, Tarbes (Hautes-Pyrénées).

TAMARINE. — Délicieuse confiture laxative à base de casse muette et de tamarin, infaillible dans tous les cas de constipation.

Laboratoire de la Tamarine, 4, route du Médoc, Bordeaux-Bouscat.

VIVOLÉOL. — Huile de foie de morue sélectionnée, non irradiée, garantie active et riche en vitamines (vitamines antirachitique et de croissance). Première huile de foie de morue contrôlée biologiquement.

INDICATIONS. — Troubles de la croissance, de l'ossification, de la dentition, états de dénutrition.

POSOLOGIE. — Enfants : Nourrissons : XV à XXX gouttes, jusqu'à une demi-cuillerée à café par jour.

Jusqu'à trois ans : 1/2 à 1 cuillerée à café.

Au-dessus de trois ans : 1 à 2 cuillerées à café suivant l'âge.

Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.

Le Vivoléol peut être pris à toute époque de l'année.

Laboratoires du Dr Sizine, 24, rue de Fécamp, Paris (XIIe).

VACCIN DE WEILL ET DUFOURT. — Pneumocoques, entérocoques, staphylocoques, tétragènes. Bronchites profondes ou épidémiques. Broncho-pneumonies de l'enfant et de l'adulte. Pneumonies,

FORME : Boîtes de 3 ampoules et 6 ampoules.

Nourrissons : 1/3 centimètre cube puis 1/2 centimètre cube, puis 1 centimètre cube.

Adultes : 1 centimètre cube, puis 1 centimètre cube et demi.

Robert et Carrière, 37, rue de Bourgogne, Paris.

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS

ALIMENT TINARDON. — Se prend soit au biberon, soit en déjeuners, goûters ou entremets.

Enfants : 1 à 2 mesures par jour, suivant l'âge.

Nourrices : 3 à 4 mesures par jour.

Nutrition, récalcification, reminéralisation.

J. Tinardon, 17, rue Cadet, Paris.

ALIMENTATION DES ENFANTS SAINS ET MALADES. — Grâce à la série spéciale des produits Heudebert (boîtes de fer), l'alimentation des enfants est à la fois agréable, variée et rationnelle.

SOUPE D'HEUDEBERT, à base de gruaux de blé, sélectionnés et dextrinés, aliment de choix très assimilable.

CRÈMES DE CÉRÉALES ET FARINES DE LÉGUMINEUSES HEUDEBERT, spécialement étudiées pour la préparation rapide des bouillies et purées, apportant les éléments vivants naturels des grains (avoine, orge, blé vert, haricots, lentilles, etc.).

FARINE LACTÉE HEUDEBERT, composé homogène de lait, de sucre et farine ; à préparer à l'eau dans tous les cas d'intolérance ou de dégoût du lait.

FARINE DE MALT HEUDEBERT, contient l'intégrité de la diastase de l'orge germée et facilite l'assimilation de toutes les substances amylacées.

NERGINE HEUDEBERT, farine de germe de blé spécialement préparée ; excellent complément de la farine lactée ; stimule les fonctions vitales de l'organisme.

BOUILLON DE LÉGUMES DU Dr MÉRY ET BOUILLON VÉGÉTAL DU Dr COMBY, mélanges préparés : diarrhées infantiles et gastro-entérites.

AVENA, dessert à l'avoine, et **RÉGIMETTE**, délicieux gâteau sec lacté : à l'époque des premières dents.

DÉJEUNER HEUDEBERT, déjeuner au cacao phosphaté, d'une finesse de goût incomparable, d'une digestibilité parfaite.

Heudebert, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).

BLÉDINE JACQUEMAIRE. — Aliment complet assimilable avec le minimum de travail digestif. Modificateur de la flore intestinale et régulateur des sécrétions digestives.

Complément nécessaire du lait de vache dans l'allaitement mixte ou artificiel par ses facteurs de croissance. Aliment reconstituant.

Etablissements Jacquemaire, Villefranche (Rhône).

DRYCO. — Lait spécial pour nourrissons.

B. Duhamel, 3, rue Saint-Roch, Paris.

FARINE LACTÉE DIASTASÉE « SALVY ». — Soigneusement diastasée en cours de fabrication, la farine Salvy est l'aliment de régime du nourrisson, l'aliment de transition dans les cas suivants, insuffisance de l'allaitement, intolérance lactée, gastro-entérite, sous-alimentation.

Les bouillies diastasées de farine Salvy se préparent en dix minutes, sans précaution, spéciale, soit à l'eau, soit à l'eau et au lait par moitié, selon l'état digestif de l'enfant.

Farine Salvy, 4, rue Lambrechts, à Courbevoie (Seine).

FARINES MALTÉES JAMMET. — Très faciles à digérer grâce au maltage, très nutritives sous un volume réduit, conservent l'intégralité des sels minéraux, phosphates organiques et vitamines des céréales.

Permettent seules l'alimentation progressive et variée des enfants suivant l'âge.

RÉPERTOIRE DES ALIMENTS POUR ENFANTS *(Suite)*

A partir du sixième mois : Arrow-root malté, Féculose, Rizine, Aristose.

A partir du neuvième mois : Les précédentes et de plus : Cérémaltine, Orgéose, Gramenose, Bléose.

A partir du treizième mois : Les précédentes et de plus : Avenose, Zéose, Castanose, Bananose, Nucléose.

A partir du dix-huitième mois : Les précédentes et de plus : Lentilose, Crème de pois, Aricose.

Etablissements Jammet, 47, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).

FARINE MALTÉE MILO. — Produit diététique à base de farine de froment et de malt. Ne contient pas de lait. Recommandée pour les enfants et adultes atteints d'affections gastro-intestinales, dyspepsies, gastro-entérites.

Société Nestlé, 6, avenue Portalis, Paris (XVIIIe).

MALTASE FANTA. — Extrait sec de malt préparé à froid et dans le vide.

INDICATIONS. — Alimentation infantile, dyspepsie, suralimentation des malades, galactogène.

Brasserie Fanta, 77, route d'Orléans, Montrouge (Seine).

PHOSPHATINE FALLIÈRES. — Aliment recommandé au moment du sevrage et pendant la croissance.

1, *quai Aulagnier, à Asnières (Seine).*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES

A MM. les présidents et secrétaires des syndicats médicaux français.

Mon cher confrère,

Dans sa circulaire n° 66, rendant compte de l'incident soulevé par la circulaire ministérielle du 8 août 1934, le secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français écrit : « La conclusion, c'est la lettre cijointe du ministre du Travail, lettre que le conseil a estimé nous donner toute satisfaction. »

Or, après étude approfondie de la question, le Syndicat des médecins de la Seine ne saurait s'associer à une interprétation aussi optimiste de la lettre ministérielle. Celle-ci, en réalité, ne nous donne aucune satisfaction, comme nous allons le montrer.

Tout d'abord, au point de vue juridique, une lettre de ce genre, quel que soit son contenu, ne possède aucune valeur. C'est ce qui ressort très nettement de la consultation rédigée par Me Jobit, avocat à la Cour d'appel, conseil juridique de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, dont nous vous joignons le texte intégral, nous bornant à transcrire ici les conclusions :

« Malheureusement, cette lettre n'a qu'une portée relative, tandis que la circulaire incriminée a une force obligatoire vis-à-vis des fonctionnaires à qui elle est adressée. Ceux-ci ne se trouvant pas touchés par la lettre du 30 septembre qui ne leur est pas destinée, ne connaissent que les instructions de la circulaire qui, pour eux, reste intacte. »

D'autre part, le contenu même de cette lettre, même si elle avait une valeur, ne détruirait en rien la portée de la circulaire de M. Marquet. Car que disait M. Marquet dans sa circulaire ? Trois phrases caractéristiques expriment sa pensée :

« Il appartiendra aux représentants de la Caisse d'obtenir, en contre-partie des sacrifices résultant de l'augmentation des dépenses, une réduction du tarif syndical minimum.

« Grâce aux moyens d'action qui sont à leur disposition, les organismes d'assurances sociales pourront tendre, par le jeu des concessions réciproques, vers la solution idéale d'une identité entre les tarifs syndicaux minima et le tarif de responsabilité de la caisse pour les actes médicaux.

« J'ajoute que si l'abaissement des tarifs syndicaux minima ne se trouvait pas en fait adopté par la majorité des praticiens, il y aurait lieu d'envisager la résiliation des conventions conlues conformément aux dispositions de l'article 9 du projet type publié au *Journal officiel* du 8 août 1930. »

Voilà qui est net. M. Marquet invite les caisses à obtenir par tous les moyens possibles une réduction des honoraires médicaux pour les soins aux assurés sociaux : et si les médecins s'y refusent, les caisses devront résilier les conventions, c'est-à-dire organiser elles-mêmes les soins à leurs assurés.

Or, que dit la lettre rectificative de M. Marquet ?

« Aussi, je crois utile de préciser qu'il ne saurait être question de considérer qu'il existe une corrélation légale et obligatoire entre les tarifs de responsabilité et les tarifs syndicaux. Aucune confusion ne peut exister à ce sujet : la simple lecture des textes sur la matière montre que ces tarfis sont indépendants l'un de l'autre. »

Et c'est tout.

M. Marquet ne retire nullement ni son invitation aux caisses d'obtenir la réduction des honoraires médicaux, ni sa menace de résiliation des conventions en cas de résistance du corps médical.

La lettre rectificative de M. Marquet ne rectifie rien et les injonctions de la circulaire du 8 août subsistent intégralement. L'Administration ainsi que les Caisses sont toujours tenues de s'y soumettre.

En conséquence, le Syndicat des médecins de la Seine estime que la Confédération doit demander au ministre l'annulation pure et simple de sa circulaire, à tendance illégale, du 8 août, ou tout au moins obtenir une circulaire rectificative qui, calmant l'émotion du corps médical et rassurant sa légitime inquiétude, lui donnerait vraiment satisfaction.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Pour le Syndicat des médecins de la Seine,

Le président :
Dr M. SÉNÉCHAL.

NOUVELLES

Université de Paris, Institut de statistique. — Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance sociales est fait par G. Ichok, tous les jeudis, du 8 novembre 1934 au 31 janvier 1935, à 17 h. 30, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier, escalier E, troisième étage.

Programme du cours. — La législation sociale. L'hygiène, la médecine et l'assistance sociales.

La famille, la femme et l'enfant.

Le domaine du travail. Chômage. Travail des malades et des infirmes.

Alimentation. Les problèmes du lait et de l'eau potable.

Habitation. Casier sanitaire des immeubles. Vie urbaine et rurale. Extension des villes.

L'alcool et les autres stupéfiants.

Les maladies sociales et les épidémies. Les maladies mentales. La criminalité.

Vieillards, infirmes et incurables.

Action médico-sociale nationale et internationale. Budget de la santé publique. Immigration. Emigration.

Chaire d'anatomie pathologique. — I. *Cours et travaux pratiques.* — Le professeur G. Roussy, en collaboration avec MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés, fera cette année, comme les années précédentes, son enseignement théorique en liaison intime avec les travaux pratiques ; ceci pour enlever tout caractère doctrinal à un enseignement qui s'adresse aux étudiants de troisième année.

Dans ce but, les élèves seront groupés en séries, qui recevront chacune un enseignement complet à raison de 6 séances de deux heures par semaine. Chaque séance comprendra :

1° Un exposé succinct de l'une des questions essentielles de l'anatomie pathologique, fait par le professeur ou les agrégés, à l'aide de planches murales, de projections microphotographiques et cinématographiques ;

2° Des démonstrations et des exercices de diagnostic de pièces anatomiques et de préparations histologiques faites sous la direction de M. Leroux, agrégé, chef des travaux, par MM. Albot, Busser et Delarue, assistants d'anatomie pathologique.

La première série commencera le lundi 5 novembre, à 15 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique (escalier B).

Les élèves pourront compléter cet enseignement, s'ils le désirent, en suivant l'un des cours de perfectionnement ci-dessous annoncés.

II. *Cours de perfectionnement.* — Les cours de perfectionnement suivants auront lieu durant l'année scolaire 1934-1935.

1° Premier cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Huguenin, agrégé et Albot, assistant. Ce cours a commencé le 8 octobre dernier. Il comprend 20 séances de technique et de diagnostic portant sur les affections médicales (droits, 300 francs).

2° Deuxième cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Leroux, agrégé, chef des travaux, et Busser, assistant. Ce cours comprend 20 séances de démonstrations pratiques et de diagnostics portant sur les affections chirurgicales. Il aura lieu au mois d'avril 1935 (droits, 300 francs).

3° Cours de technique hématologique et sérologique par M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. Ce cours, de 12 leçons, aura lieu au mois de mai 1935 (droits, 250 francs).

4° Cours sur le cancer : Ce cours, qui porte sur l'ensemble des questions biologiques et cliniques touchant au cancer, aura lieu à l'Institut du Cancer au mois de juin 1935. Une affiche en fera connaître à temps le programme. Les démonstrations théoriques et pratiques seront faites, matin et soir, pendant toute la durée du cours.

III. *Questions d'actualité anatomo-pathologique.* — Cette série de leçons faites par le professeur G. Roussy a lieu une fois par semaine à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, durant les mois de décembre, janvier, février et mars.

Ces leçons s'adressent aux étudiants de troisième année, ainsi qu'à tous ceux qui désirent se mettre au courant des différentes questions qui sont à l'ordre du jour, intéressant l'anatomie et la physiologie pathologiques.

Elles ont pour but de compléter l'enseignement régulier donné aux étudiants de troisième année, en reprenant certaines questions qui n'ont pu être abordées au cours des séries de démonstrations et de travaux pratiques.

Une affiche ultérieure en précisera le programme.

Clinique des maladies du système nerveux (Professeur : M. Georges Guillain). — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. Garcin, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire ; H. Desoille, P. Guillain, J. Lereboullet, P. Rudaux; St. de Sèze, J. Sigwald, chefs de clinique ; P. Mathieu, P. Mollaret, P. Schmite, anciens chefs de clinique ; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux ; Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons ; la première série commencera le lundi 12 novembre 1934, à 14 heures, à l'amphithéâtre. de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le lundi 26 novembre 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Programme du cours. — *Première série.* — Syndromes vasculaires. Syphilis cérébrale. Paralysie générale. Tumeurs cérébrales. Aphasie. Apraxie. Epilepsie. Chorées. Syndrome thalamique. Paralysies pseudo-bulbaires. Pathologie du corps strié. Maladie de Wilson. Syndromes pédonculo-protubérantiels. Syndromes bulbaires. Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. Syndromes hypophysaires. Hémianopsie.

Deuxième série. — Poliomyélite. Syphilis médullaire. Sclérose en plaques. Syringomyélie. Compressions de la moelle. Sclérose latérale amyotrophique. Tabes. Arthropathies nerveuses. Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. Maladies de Friedreich. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégies spasmodiques familiales. Atrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. Polynévrites. Myopathies. Myotonie. L'électrodiagnostic. La chronaxie. Les examens du liquide céphalo-

NOUVELLES *(Suite)*

rachidien. Les névrites optiques. La stase papillaire. Les examens labyrinthiques.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercrecis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire (Hôpital Broussais). — Ce cours, qui aura lieu du lundi 10 décembre au samedi 15 décembre inclus, sera fait par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — *Lundi 10 décembre.* — 9 heures. M. le professeur Sergent : Principes généraux et technique de radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures. M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30. M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 11 décembre. — 11 heures. M. le Dr Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures. M. le Dr Turpin : Diaphragme. — 17 h. 30. M. le Dr Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 12 décembre. — 11 heures. M. le professeur Sergent : Trachée et bronches. — 15 heures. M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30. M. le Dr Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 13 décembre. — 11 heures. M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15. M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30. M. le Dr Kourilsky : Abcès du poumon. Gangrène pulmonaire.

Vendredi 14 décembre. — 11 heures. M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures. M. le Dr Durand : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15. M. le le Dr Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 15 décembre. — 11 heures. M. le Dr Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15. M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30. M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Dr Couvreux).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Paul Carnot). — Tous les matins, de 9 h. 30 à midi.

Programme général de l'enseignement. — I. *Leçons cliniques.* — Les mardi, jeudi et samedi à 10 h. 30 (Amphithéâtre Trousseau).

Samedi : Leçon clinique par le professeur Carnot (première leçon, le samedi 18 novembre). 1er et 3e samedis : Leçon de clinique générale ; 2e et 4e samedis : Leçon de gastro-entéro-hépatologie.

Mardi : Présentations de malades du service et de la policlinique par les chefs de clinique et les anciens chefs de clinique.

II. *Enseignement de médecine générale* (Stagiaires de 1re, 2e et 3e années). — *a.* Leçons de séméiologie par les chefs de clinique et par les internes : lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 30 (amphithéâtre Trousseau).

b. Examen des malades ; lecture des observations : 1re année, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne (Drs Lafitte et Maison). 2e et 3e années, salles petit Saint-Charles et petit Saint-Christophe (Drs Caroli, Coury et Libert).

III. *Enseignement de gastro-entéro-hépatologie.* — *a.* Examen des malades et explorations digestives, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine (Drs Busson et Cachera).

b. Policlinique digestive (salles de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours à 9 heures. — Estomac et intestin (Dr Bouttier) : Lundi, mercredi, vendredi. Rectum et anus (Dr Friedel) : mardi, jeudi, samedi. Œsophage (Dr Dufourmentel) : samedi à 11 h. 30.

c. Examens de radioscopie digestive (Drs Lagarenne et Dioclès, chefs du laboratoire de radiologie) : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures.

IV. *Enseignement de physiothérapie* (Policlinique Gilbert). — *a*) Consultations physiothérapiques et applications de traitements, tous les jours de 9 heures à midi : Dr Dausset, chef du laboratoire ; Drs Dejust et Chenilleau, chefs adjoints. *b*) Mesures physiques et physiologiques : Dr Dognon, agrégé de physique.

V. *Leçons du dimanche* (à 10 h. 30, amphithéâtre Trousseau). — Du jour de l'an à Pâques : Mise au point de problèmes d'actualité (affiche spéciale).

VI. *Cours de perfectionnement* (pour les docteurs français et étrangers) :

Vacances de Paques : Cours pratique de physiothérapie (un mois). Début : Lundi de Quasimodo (affiche spéciale).

Grandes vacances (octobre) : Quinzaine de revision pratique de gastro-entéro-hépatologie (techniques cliniques, radiologiques et de laboratoire). Début : Premier lundi d'octobre (affiche spéciale).

VII. *Laboratoires de la clinique* (laboratoire Dieulafoy), ouverts aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction du professeur Carnot et du Dr H. Bénard, agrégé.

Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, M. Deval ; physique, Dr Dognon, agrégé ; chimie, M. Coquoin ; anatomie pathologique, Dr Marguerite Tissier ; bactériologie, M. Henri Lavergne.

Clinique obstétricale Baudelocque (Professeur : M. A. Couvelaire ; assistants : L. Portes et M. Lacomme, agrégés). — I. *Services cliniques*, avec l'assistance de MM. les Drs Marcel Pinard et Laporte, médecins des hôpitaux ; Sureau, accoucheur des hôpitaux ; Mme Fayot-Petit-Maire, chef de clinique ; Sureau et Girand, chefs de laboratoire ; Powilewicz, Seguy, Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique ; François, chef de clinique adjoint ;

NOUVELLES *(Suite)*

Béclère, ancien interne des hôpitaux; Lebental et Mouchotte, aides de clinique.

1° *Service des consultations* (Policlinique Valancourt, 125, boulevard Port-Royal). — Femmes en état de gestation : tous les jours, de 8 à 18 heures. — Mères nourrices et nourrissons : les mardis et jeudis, à 14 heures ; les samedis, à 9 heures.

Gynécologie : les mardis, à 9 heures, et samedis, à 14 heures.

Consultation prénuptiale. Stérilité : les mercredis, à 10 heures.

Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons : les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis) à 9 heures.

2° *Service intérieur* (Maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — Tous les jours, à 9 h. 30 : Visite des femmes et des enfants hospitalisés.

Les mardis, à 14 h. 30, et samedis, à 10 heures : Opérations.

II. *Enseignement clinique.* — M. le professeur Couvelaire, le lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques ; le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades.

M. Portes, le mardi, à 14 h. 30 : Technique opératoire.

M. Marcel Pinard, le mercredi, à 15 heures : Dispensaire antisyphilitique.

MM. Powilewicz et Lacomme, le samedi, à 11 heures : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. *Musée Henri Varnier.* — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 heures.

IV. *Cours complémentaires.* — 1° Cours de pratique obstétricale d'une durée de deux semaines. Deux séries : Vacances de Pâques ; première quinzaine de septembre.

2° Cours supérieurs : Stage clinique. Pathologie obstétricale. Opérations obstétricales : 1re série du 1er février au 31 mars ; 2e série du 1er au 31 octobre.

Cours libre sur l'assistance médico-sociale. — M. le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE commencera le mercredi 7 novembre 1934, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.

Cours de chirurgie de la tête et du cou, chirurgie nerveuse (M. le Dr Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques). —Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou ; chirurgie nerveuse), en 8 leçons, par M. le Dr P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 12 novembre 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Corps de santé. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

Inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie et vice-président du Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le médecin général Autric, nommé inspecteur général du service de santé : M. le médecin général de 2e classe Lancelin, adjoint au directeur central du service de santé. M. Lancelin prendra ses fonctions le 15 octobre 1934.

Directeur du service de santé de la marine à Brest, en remplacement de M. le médecin général Brunet : M. le médecin général de 2e classe Cras, directeur du service de santé de la marine à Cherbourg. M. Cras prendra ses fonctions à Brest le 1er octobre 1934.

Directeur du service de santé de la marine à Cherbourg, en remplacement de M. Cras : M. le médecin en chef de 1re classe Chauvin, actuellement directeur du service de santé à Bizerte. M. Chauvin rejoindra Cherbourg le 1er novembre 1934.

Directeur du service de santé de la marine à Bizerte, en remplacement de M. Chauvin : M. le médecin en chef de 1re classe Le Berre, professeur à l'École d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne. M. Le Berre rejoindra Bizerte le 15 novembre 1934.

Professeur à l'École d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne, en remplacement de M. Le Berre : M. le médecin en chef de 2e classe Solcard, en cours de rapatriement d'Extrême-Orient. M. Solcard prendra ses fonctions à Toulon le 15 novembre 1934.

Médecin de la 1re escadre en remplacement de M. le médecin en chef de 1re classe Cristol : M. le médecin en chef de 1re classe Le Calve, médecin-chef de l'hôpital maritime de Brest. M. Le Calve prendra ses fonctions à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin de la 2e escadre, en remplacement de M. le médecin en chef de 2e classe Artur : M. le médecin en chef de 2e classe Brunet, en service à l'ambulance de l'arsenal de Cherbourg, M. Brunet embarquera à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin-chef de l'hôpital maritime de Brest, en remplacement de M. Le Valve : M. le médecin en chef de 2e classe Hamet, chef des services médicaux à l'hôpital de Brest. M. Hamet prendra ses fonctions dès la mise en route de M. Le Calve pour la 1re escadre.

Thèses du doctorat en médecine. — 29 *Octobre.* — Mlle HIRSCHHORN, Insufflation tubaire et lipiodol dans le traitement de la stérilité tubaire.

30 *Octobre.* — M. VIOGET, Deux cas de compression du thorax. — M. LAGACHE, Les hallucinations verbales et la parole.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

3 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

5 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à 9 heures, à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

5 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Cours pour la préparation du diplôme de médecin colonial.

5 NOVEMBRE. — *Hanoï et Saïgon.* Concours pour les emplois de trois docteurs indochinois dans l'Administration de l'Indochine.

NOUVELLES *(Suite)*

5 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce, 9 heures. Concours de professeur agrégé au Val-de-Grâce, de professeur agrégé d'électro-radiologie et de professeur agrégé de chirurgie.

5 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen, à l'hospice général, à 16 h. 30.

5 NOVEMBRE. — *Angers.* Ecole de médecine. Concours de chef des travaux de physiologie à l'Ecole de médecine d'Angers.

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Journée de raisins. Congrès des médecins amis du raisiu et du jus de raisin.

6 NOVEMBRE. — *Bordeaux.* Concours pour trois places de médecin adjoint de l'Assistance médicale à domicile au siège de l'administration, 63, rue du Loup.

6 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

7 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Broussais, 10 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

7 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

7 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 heures. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

7 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur LENORMANT : Leçou clinique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur JEANNIN : Leçon clinique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Concours de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen.

8 NOVEMBRE. — *Paris.* Institut Alfred-Fournier (25, boulevard Saint-Jacques). Assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale.

9 NOVEMBRE. — *Paris* Préfecture de police. Concours sur titres de médecin suppléant du service médical de nuit.

9 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, 10 h. 30. M. le professeur BEZANÇON : Leçon cliuique.

9 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Efants-Malades, 10 h. 30. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

9 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur TERRIEN : Leçou clinique.

9 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Eufants-Malades, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

10 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de médecin ophtalmologiste adjoint et assistant des hôpitaux de Rouen.

10 NOVEMBRE. — *Grenoble.* Préfecture. Dernier délai d'inscription poufr le concours sur titres pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint chargé des dispensaires antituberculeux de l'Isère.

10 NOVEMBRE. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin-chef du service de neuropoychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

12 NOVEMBRE. — *Lyon.* Concours de médecin des hôpitaux de Lyon.

12 NOVEMBRE. — *La Roche-sur-Yon.* Concours de chirurgien ajdoint de l'hôpital de La Roche-sur-Yon.

14 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Dernier délai d'inscriptiou des candidats au concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole centrale de puériculture. Réouverture des cours à 16 heures, 5, rue Las Cases.

15 NOVEMBRE. — *Brest.* Concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements).

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) des hôpitaux de Paris.

17 NOVEMBRE. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

19 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'agrégation des Facultés de médecine, deuxième degré.

22 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Rouen.

24 NOVEMBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Quinze-Vingts. Concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

30 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

30 NOVEMBRE. — *Saint-Etienne.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

1er DÉCEMBRE. — *Rabat* (Direction de la santé et de l'hygiène publique). Clôture d'inscriptions pour le concours du prix Lyautey et Steig.

3 DÉCEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin suppléant d'électro-radiologie de l'hôpital d'Oran.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dien, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

CHRONIQUE DES LIVRES

La costituzione individuale (Dottrina, Metodo, tipi morphologici), par G. VIOLA. Deux vol. in-8° (*L. Cappelli, Bologne*, 1933).

L'œuvre du professeur G. Viola est connue de tous ceux qui s'occupent de la morphologie humaine. Après son maître Achille de Giovanni, il a dirigé son effort vers l'application de l'anthropométrie à la clinique et a fait des recherches fort importantes qui sont condensées dans deux fort beaux volumes. On y trouvera toute une moisson de documents sur la constitution individuelle, sa signification moderne, ses rapports avec les maladies, avec la race, la valeur de la méthode morphologique et de l'anthropométrie clinique dans son étude, les divers habitus que l'on peut rencontrer et leurs caractères ; de remarquables figures illustrent son texte. Ce bel ouvrage mériterait une étude détaillée. Nous ne pouvons que le signaler à tous ceux qu'intéressent les problèmes de la morphologie humaine, si importants notamment au moment de la croissance et de la puberté. Il y a dans l'admirable œuvre de Viola tout ce qui peut leur permettre de poursuivre sur ce sujet des études précises.

P. LEREBOULLET.

Scritti di pediatria (Ecrits de pédiatrie), par CARLO FRANCIONI, avec une préface du professeur PINCHERLE. Un vol. in-8° de 1 014 pages (*L. Cappelli, Bologne*, 1933).

Le professeur Francioni, qui dirigea la clinique médicale de Bologne après avoir longtemps collaboré à la clinique médicale de Florence près des professeurs Mya et Comba, est mort prématurément en 1929 à cinquante-deux ans. Le professeur Pincherle, qui lui a succédé à Bologne, a eu la pieuse pensée de grouper les travaux de son éminent et laborieux prédécesseur, et le beau volume qui les réunit témoigne de la haute valeur de son effort scientifique. Ses études sur l'encéphalite épidémique, sur l'érythrœdème, sur la diphtérie, la sérothérapie, la maladie du sérum, sur les troubles de la nutrition chez les nourrissons au sein, sur le rôle de la syphilis dans les diverses maladies de l'enfance en fonction des résultats de la réaction de Wassermann, et bien d'autres montrent la part importante du regretté pédiatre italien dans l'évolution de la médecine infantile contemporaine et justifient l'heureuse initiative qui a ainsi réuni son œuvre.

P. LEREBOULLET.

La mortalité infantile et la mortinatalité par ROBERT DEBRÉ, PIERRE JOANNON et M.-T. CRÉMIEU-ALCAN. Un vol. in-8° de 464 pages (*Masson*, 1933).

Le Comité d'hygiène de la Société des Nations a, il y a quelques années, organisé une vaste enquête en France et dans cinq pays d'Europe sur ce sujet capital. Chargés d'enquêter en France, les auteurs rapportent les résultats de leur étude dans certains districts de Normandie et de Touraine, à Paris dans le quartier de Plaisance et dans le district de Vanves. Cette enquête minutieuse et précise leur a permis d'établir le bilan des décès évitables, leur proportion et leur répartition, leurs causes.

L'enquête européenne a étudié toute une série de districts urbains et de districts ruraux, et les auteurs publient des documents très précis qui les aident à fixer l'importance relative du péril congénital, du péril alimentaire, du péril infectieux et qui les amènent à une série de conclusions sur les conditions de l'organisation de la lutte contre la mortalité infantile et spécialement sur les mesures applicables aux districts français.

Le chemin est encore long qui permettra d'arriver à la réalisation de ces mesures indispensables. On voit du moins comment s'y engager et le beau livre du professeur Debré et de ses collaborateurs contribuera largement à diriger ceux qui ont à organiser cette lutte nécessaire.

P. LEREBOULLET.

Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen, par le professeur P. NOBÉCOURT. Un vol. in-8° de 408 pages avec figures (*Masson*, 1934).

Ce onzième volume de cliniques est semblable à ses aînés et contient une série de vingt leçons consacrées à des cas bien étudiés posant des problèmes intéressants de diagnostic, de pathogénie ou de traitement. La *tuberculose aiguë du pharynx et des ganglions cervicaux*, les *vomissements habituels du nourrisson* et la *sténose du pylore*, les *vomissements périodiques avec acétonémie* et ceux qui accompagnent les manifestations encéphalo-méningées, la *dyspepsie gastro-intestinale des enfants*, les états de dénutrition qu'elle entraîne, les remèdes qu'on peut lui opposer, le *dolichocôlon* et le *mégacôlon* dans la grande et la petite enfance, les *spasmes douloureux du côlon*, les *syndromes coliques*, les *syndromes douloureux dans la pneumonie des enfants*, les *péritonites à pneumocoques dans la moyenne et la grande enfance*, tels sont quelques-uns des sujets abordés et traités par le professeur Nobécourt avec sa précision et son sens clinique et thérapeutique habituel ; nul doute que ce volume ne recueille le succès des dix autres qui l'ont précédé.

P. LEREBOULLET.

L'eczéma du nourrisson, par les Drs M. PÉHU et R. AULAGNIER. Un vol. in-8° des Monographies de pédiatrie et de puériculture (*Gauthier-Villars*, 1934).

Après l'intéressant ouvrage qu'il a publié avec M. Rougier sur les *pleurésies à pneumocoques chez l'enfant*, M. Péhu apporte une nouvelle et précise monographie qu'avec M. Aulagnier il consacre à l'*eczéma du nourrisson*. Peu de sujets ont autant d'importance pratique, peu ont autant bénéficié des recherches biologiques modernes qui, peu à peu, ont précisé nos idées sur l'interprétation des causes et de l'évolution de cet eczéma.

Les auteurs de cette monographie ont bien posé la question, précisé la symptomatologie et l'évolution de l'eczéma du jeune enfant, montré comment surviennent les accidents généraux et insisté sur la mort inopinée ; ils se sont efforcés de préciser l'avenir des petits eczémateux, de dire clairement ce que peuvent être les tests biologiques de l'eczéma et quelles hypothèses on peut formuler sur sa nature. Ils insistent enfin sur la diététique et les médications et donnent un utile formulaire ; ils mettent en lumière le rôle capital de la diététique et du traitement général anti-allergique. Leur excellent petit volume rendra service.

P. LEREBOULLET.

Enfance et hérédité, par A. LESAGE, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 104 pages avec 6 figures

et 6 planches hors texte (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*) (*Masson*).

Ce petit livre représente une longue suite d'observations et de réflexions personnelles. C'est une vue d'ensemble qui a pour but de faire réfléchir le médecin sur les nombreux problèmes qui se présentent à lui dès que l'enfant vient au monde, et surtout sur l'importance des transmissions héréditaires.

On trouvera, dans ce petit livre, l'indication des stigmates héréditaires, dont il convient de rechercher les causes, une classification générale des hérédités morbides ; enfin une étude très complète de l'arthritisme, groupement d'équivalents divers (séborrhée, eczéma, asthme, obésité, goutte, colique néphrétique et hépatique, hémorroïdes, migraine, hydrorrhée nasale, bronchorrhée, etc.) qui peuvent se remplacer ou se combiner dans les générations successives et dans le cours de l'existence de l'individu.

La symptomatologie, le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la maladie sont tour à tour envisagés et le médecin qui le lira y trouvera maints précieux conseils.

Pathologie de l'appareil urinaire : reins, vessie, par PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Bichat. Un volume de 202 pages avec 10 figures (*Collection des Initiations médicales*), 22 francs (*Masson et Cie édit., Paris*).

Suivant le plan réalisé dans les précédents volumes de la *Collection des Initiations médicales*, ce petit livre expose les principes de la sémiologie et de la thérapeutique des affections de l'appareil urinaire. On y trouvera une mise au point des principales méthodes cliniques et thérapeutiques modernes. Il répond aux questions suivantes : Comment orienter son examen, étant donnée la symptomatologie très complexe des affections réno-vésicales ? Comment savoir quelles recherches effectuer dans un cas déterminé ? Faudra-t-il faire une exploration par le cathétérisme urétéral et la radiographie ? Faudar-t-il, là, mettre en œuvre uniquement des épreuves physiologiques ?

Comment, par le groupement des symptômes fonctionnels, des signes physiques ou biologiques, pourra-t-on diagnostiquer telle ou telle affection rénale ou vésicale ? C'est ce que montre l'auteur au cours de cet ouvrage.

Dans un premier chapitre, il passe en revue les symptômes pour lesquels un malade atteint d'une affection des voies urinaires peut venir consulter. Il montre comment l'étude de chaque symptôme doit diriger les investigations cliniques.

Dans un deuxième chapitre, il traite des procédés d'exploration de l'appareil urinaire.

Enfin, dans un troisième chapitre, il fait l'étude succincte des principales affections des reins et de la vessie.

Méthodes physiques en biologie et en médecine, par LECOMTE DU NOÜY. 1 vol. des « Actualités scientifiques et industrielles » (*J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris*).

De plus en plus, les techniques physiques et physico-chimiques tendent à dominer en biologie et en médecine, pour cette bonne raison que beaucoup de processus vitaux sont essentiellement de nature physico-chimique. D'où toutes les études modernes sur la pression osmotique, la viscosité, les tensions superficielle et interfaciale, l'équilibre acido-basique, etc. Il ne faut jamais oublier que la technique de semblables recherches est fort délicate et qu'un long apprentissage s'impose au travailleur consciencieux qui aborde ces problèmes. Il est bien certain que cet apprentissage ne peut se faire qu'au laboratoire, mais il n'est pas moins certain qu'un manuel de travaux pratiques de physico-chimie biologique est appelé à rendre de grands services.

M. Lecomte du Noüy vient de l'écrire excellemment, avec la grande compétence qu'il a de ces questions auxquelles il a apporté d'importants perfectionnements. Il débute par des généralités très claires sur les mesures en général, les erreurs, les représentations graphiques. Puis viennent une série de chapitres renfermant des indications détaillées sur le montage et l'emploi des appareils : thermostats, cryoscopes, tensiomètres, viscosimètres, appareils à mesures de *p*H, à mesures optiques. Par sa clarté, jointe à la précision, le livre de M. Lecomte du Noüy sera vite indispensable à tous les hommes de laboratoire. A. B.

Les légumes de France : leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques, par HENRI LECLERC, 2e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 282 pages : 18 francs (*Amédée Legrand, éditeur, Paris*).

L'ouvrage qu'a consacré le Dr Henri Leclerc aux légumes produits par le sol de notre pays offre, à propos de chacun d'eux, un chapitre contenant tout ce qui concerne leur historique, leurs caractères morphologiques, leur composition chimique, leur valeur nutritive, leurs vertus thérapeutiques. Si l'auteur, comme dans ses autres ouvrages, a donné une large place à la partie littéraire et anecdotique, s'il a eu soin de rendre son étude plus attrayante par des touches où s'harmonisent le plus heureusement du monde l'érudition, la poésie et l'humour, il n'a pas négligé le côté pratique que comporte le sujet qu'il traite ; c'est ainsi que le lecteur trouvera des recettes culinaires, la plupart inédites, qui lui permettront de joindre l'agréable à l'utile et de tirer le parti le meilleur des nombreuses ressources que lui fournissent nos potagers et même de celles que lui offrent nos champs et nos

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

forêts. Une place importante est, en outre, réservée aux « légumes qui guérissent » ; signalons, entre autres, l'ail dans le traitement dela tuberculose et de l'hypertension l'oignon diurétique, la courge vermifuge, l'artichaut cholagogue, la laitue sédative, le cresson contre la calvitie, le radis antiarthritique, la carotte pourvoyeuse de vitamines, l'épinard hématopoiétique, etc. Ainsi conçue et grâce aux nombreuses additions qu'y a introduites l'auteur, la 2e édition des *Légumes de France* ne manquera pas de rallier, comme sa devancière, les suffrages unanimes des érudits, des lettrés, des gastronomes, des diététiciens et des thérapeutes.

Les syndromes douloureux de la région épigastrique, par René Gutmann, 2e *édit.* (*Doin éd.*, 1934).

Le bel ouvrage de Gutmann, que nous avions analysé ici même, a été rapidement épuisé et a nécessité, en deux ans, une deuxième édition entièrement remaniée d'ailleurs et considérablement augmentée.

Les changements les plus importants portent sur l'ulcère duodénal, le cancer gastrique, les ulcéro-cancers, la radiologie vésiculaire, le problème des hémorragies digestives, les troubles digestifs par anaphylaxie, les troubles post-opératoires, etc.

L'illustration radiographique, déjà si parfaite dans la première édition, a été particulièrement soignée et donne à cet ouvrage une valeur documentaire inestimable, constituant un vaste album de radiologie digestive.

Mais les descriptions cliniques sont, elles aussi, de premier ordre et apportent sur tous les sujets des vues personnelles et une critique fondée sur l'expérience considérable acquise par l'auteur et contrôlée par les constatations opératoires dans le beau service de consultations de gastro-entérologie annexé à la clinique chirurgicale du professeur Gosset.

Ces qualités diverses ont été immédiatement reconnues par le public médical et expliquent le rapide succès du ivre, que confirmera et complétera encore la nouvelle édition, en l'espèce un nouveau livre succédant au premier et faisant preuve des mêmes qualités fondamentales.

P. Carnot.

La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, par J. Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Un volume de 108 pages avec 16 figures dans le texte et 8 planches hors texte (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*), 20 francs (*Masson et Cie, à Paris*).

Cette monographie est consacrée à l'étude d'une affection de nourrisson justifiable d'un traitement chirurgical, dont la bénignité et l'efficacité sont actuellement prouvées, pourvu que l'opération soit suffisamment précoce. Savoir discerner dans la foule des nourrissons vomisseurs ceux, assez rares, qui sont atteints de sténose organique, tel est le rôle qui s'impose au médecin. Le diagnostic n'est pas difficile, le syndrome est caractéristique pour qui en connaît les symptômes. Le Dr Poucel, qui a une grande expérience de la maladie et la connaît en chirurgien, a pensé qu'un exposé simple, rapide, clair pouvait rendre service aux médecins, et son petit volume très illustré, riche en formules heureuses, sera lu avec profit par tous ceux qui ont à examiner des nourrissons vomisseurs. Puissent-ils être convaincus de la vérité des deux lois affirmées par M. Poucel : « diagnostic précoce, opération précoce » ; d'elles dépend en effet le pronostic bénin de la sténose pylorique.

P. L.

Physical Chemistry of living tissues and life processes, par le professeur R. Beutner. Un vol. de 337 pages avec 79 figures, 29 shillings (*Baillière, Tindall et Cox, éditeurs, Londres*).

Ce livre est un essai d'explication des phénomènes de la vie par les lois de la chimie-physique. L'auteur croit que cela est, ou sera, possible et il prend pour devise la phrase suivante : « La vie, dans toute sa complexité, semble n'être rien de plus qu'une des innombrables propriétés des composés du carbone. » Il étudie successivement trois ordres de phénomènes physico-chimiques : 1° ceux qui sont relatifs à l'osmose et aux équilibres de membranes ; 2° ceux qui sont en rapport avec la cristallisation et avec les forces de surface ; 3° ceux qui donnent naissance à des courants électriques dans les tissus. Dans chacune de ces directions il construit des modèles, à l'image approximative de la réalité : il cherche à en expliquer complètement le mécanisme par les lois physico-chimiques et, de là, s'efforce de remonter aux mécanismes plus compliqués de l'être vivant. L'auteur aborde les problèmes les plus élevés, comme par exemple les lois de l'excitation, la parthénogenèse ou les rayons mitogénétiques de Gurwitsch ; mais il le fait d'une manière attrayante et claire. Son livre est destiné avant tout aux étudiants en médecine et en biologie ; mais, tel qu'il est conçu, tous les chercheurs doivent y prendre intérêt et peuvent en tirer profit.

A. Baudouin.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

4e Conférence internationale

Lyon, 27 *et* 28 *septembre* 1934.

Cette conférence, faisant suite à celle de La Haye, Genève et Luxembourg, a été suivie par un nombre important de pédiatres de toutes les grandes nations d'Europe, d'Afrique du Nord. Parfaitement organisée par les deux éminents pédiatres lyonnais, le professeur Mouriquand et le Dr Maurice Péhu, elle a remporté un très vif succès. Deux questions étaient à l'ordre du jour, objet chacune de deux rapports :

I. La prophylaxie du paludisme chez l'enfant [(rapporteurs : professeur Gillot et Dr Sarrouy (d'Alger) ; professeur Cacace (Naples)]. Pr Barrowman (Malaisie).

II. La prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie [rapporteurs : professeur Monrad (Copenhague), professeur Rominger (Kiel)].

Les conférences suivantes se tiendront à Bâle (1935) sous la présidence du professeur Wieland et en 1936 en Italie. A Bâle, les questions mises à l'étude sont les suivantes :

I. Mesures à prendre pour s'opposer, dans la construction des hôpitaux d'enfants, aux infections internes et externes.

II. La prévention à l'école de la tuberculose.

I. — Prophylaxie du Paludisme.

I. Rapport du professeur Gillot et du Dr Sarrouy (d'Alger) sur la prophylaxie du paludisme chez l'enfant en Algérie. — Après un rappel sommaire des découvertes capitales faites au siècle dernier au sujet du paludisme par Maillot (1832), Laveran (1880), Ronald Ross (1897), Grassi (1898) et Patrick Manson, les auteurs étudient en premier lieu la question du *paludisme congénital* dont ils affirment l'existence.

Le paludisme est une cause très importante d'avortement, d'accouchement prématuré et de mortinatalité ; les enfants qui survivent sont constamment des débiles plus ou moins tarés. Il est donc nécessaire d'instituer une *prophylaxie anténatale* du paludisme consistant essentiellement à traiter activement au moyen de la quinine toute femme enceinte qui présente des accès de paludisme. Loin d'être dangereuse, la quinine permet dans un nombre important de cas une terminaison favorable de la grossesse et la naissance d'enfants indemnes de paludisme, comme en témoignent des statistiques indiscutables.

Abordant ensuite la question de la prophylaxie antipaludique chez le nourrisson et l'enfant plus âgé, MM. Gillot et Sarrouy insistent sur ce fait que les jeunes enfants constituent les sources les plus importantes de l'infection paludéenne, les *réservoirs de virus* les plus dangereux, car les gamétocytes dont s'infectent les moustiques sont plus nombreux dans les accès de première invasion et les rechutes précoces qu'au cours des manifestations ultérieures de la maladie. La commission du paludisme de la Société des Nations a même suggéré de renoncer désormais au traitement prophylactique des adultes relativement immunisés pour concentrer tous les efforts sur la surveillance attentive des nourrissons et des jeunes enfants dont le paludisme entretient les épidémies.

La prophylaxie du paludisme consiste d'une part à empêcher les anophèles d'infecter les enfants sains, d'autre part à empêcher les enfants impaludés d'infecter les moustiques ; on y parvient en éloignant et en détruisant les moustiques et leurs larves et en quininisant les enfants.

Il existe un certain nombre de *mesures antilarvaires* qui sont efficaces, notamment la transformation des eaux stagnantes en eaux vives, l'alternance de l'écoulement des eaux (Et. et Edm. Sergent), le faucardage, le désherbement, le pétrolage des points d'eau, les poudres larvicides, les poissons larvivores ; ces moyens sont à employer pour supprimer les gîtes à anophèles situés à moins de deux kilomètres des agglomérations.

Aussi indispensables que les mesures antilarvaires sont les *moyens de protection individuels* (moustiquaires) et *collectifs* (fenêtres grillagées) ainsi que la destruction des moustiques ayant pu s'introduire dans les maisons, sans oublier la nécessité d'éloigner des centres qu'on veut protéger la population indigène infantile.

La *prophylaxie médicamenteuse* a une importance capitale, encore qu'il n'existe pas de médicament pouvant détruire dans le sang les sporozoïtes avant qu'ils ne se fixent sur les globules rouges ; la prophylaxie chimique vise à éviter la fièvre et les autres signes cliniques du paludisme et à rendre les sujets non infectants pour les moustiques ; c'est une méthode préventivocurative.

La *quinine* est le médicament de choix ; elle doit être prise chaque jour et sa distribution doit se faire quotidiennement et méthodiquement dans les centres impaludés pendant les périodes d'épidémie malarique, celles-ci variant suivant les régions considérées : en Algérie, les distributions de quinine préventive sont faites du 1er mai au 30 novembre sur le littoral, du 1er juin au 31 octobre sur les hauts plateaux. La quininisation est confiée à des agents quininisateurs ; elle se poursuit également dans les écoles avec le concours très précieux des instituteurs, mais il faut veiller à ce que les enfants soient compris pendant les vacances dans les tournées des agents quininisateurs.

La quinine préventive est donnée en Algérie sous deux formes. La *dragée rose* est composée de 0gr,20 de chlorhydrate de quinine et de 0gr,30 de sucre ; on en donne deux par jour au-dessus de dix ans, une par jour entre trois et dix ans. La *chocolatine de quinine* est utilisée chez l'enfant de moins de trois ans ; elle est constituée par 5 grammes de chocolat auquel on ajoute 0gr,15 de tannate de quinine ou 0gr,10 d'aristochine ; on donne selon l'âge de l'enfant une demi ou une chocolatine par jour. L'ingestion de quinine par la mère allaitant son enfant est insuffisante pour protéger le nourrisson contre le paludisme.

La quininisation préventive reviendra en Algérie pour l'année 1934 à 14 fr. 30 environ par tête d'enfant ; il faut donc s'efforcer par tous les moyens possibles d'obtenir la dévalorisation marchande de la quinine qui en permettra un plus large usage. Les préparations d'écorce de quinquina (totaquina) paraissent actives et ont un prix de revient moins élevé que la quinine, mais elles n'ont pas encore été vulgarisées.

II. Rapport du professeur E. Cacace (de Naples) sur l'hygiène antimalarique scolaire. — L'auteur rappelle tout d'abord que dans les régions infestées, le paludisme s'attaque en premier à la population enfantine, bien peu d'enfants échappant à la contamination ; la

mortalité par paludisme est considérable à cet âge. La prophylaxie du paludisme chez l'enfant a donc une importance extrême.

Profondément convaincu de la nécessité de cette prévention, le professeur Cacace a fondé dès 1906 à Capoue une station éducative et hygiénique antimalarique scolaire comme arme de combat contre la paludisme infantile ; son programme était alors le suivant : faire l'éducation des maîtres en matière d'hygiène antipaludique, insister sur l'enseignement antipaludique dans les écoles, spécialement les écoles primaires, favoriser la prophylaxie antipaludique parmi les écoliers, encourager l'étude de la malaria infantile au point de vue spécial de l'hygiène antipaludique scolaire et inciter les autorités et les particuliers à collaborer à cette œuvre sociale et scientifique.

Les résultats obtenus par cet organisme et ceux qui ont été organisés à son exemple ont été exposés depuis 1910 par le professeur Cacace dans de nombreux congrès de pédiatres, d'hygiénistes, de médecins scolaires et d'agriculteurs.

Un programme d'hygiène antipaludique scolaire, plus complet que le projet primitif, a été proposé par lui dans les termes suivants au Ier Congrès des médecins scolaires italiens en 1913 : « Outre la distribution prophylactique de quinine aux écoliers dans les zones impaludées, et l'enseignement spécifique aux maîtres et aux élèves, l'hygiène antipaludique dans les écoles doit comprendre la prophylaxie par la quinine chez les maîtres, la prévention par les moyens mécaniques dans les bâtiments scolaires, surtout le soir, la protection mécanique des appartements du personnel enseignant, l'hygiène de l'alimentation, du vêtement et surtout du travail intellectuel tant chez l'élève que chez le maître. »

Le rapporteur donne ensuite quelques détails sur l'application de ce programme : l'enseignement antipaludique à l'école, fait la plupart du temps par des instituteurs, parfois par des médecins, doit être simple, pratique, accessible ; il doit être capable de créer des habitudes et, pour cela, comporter des exercices pratiques. Outre le traitement des élèves impaludés, les instituteurs poursuivent l'œuvre de prophylaxie en faisant absorber à leurs élèves, en même temps qu'ils les absorbent eux-mêmes, pour donner l'exemple, des comprimés de quinine ou des tablettes chocolatées au tannate de quinine pendant la période scolaire postérieure au 1er mai avec reprise après les vacances jusqu'en novembre ou décembre.

Il n'est pas douteux que l'enseignement antipaludique scolaire favorise la prophylaxie chez les élèves et qu'il rayonne jusqu'au foyer, prenant l'allure d'une éducation populaire.

L'hygiène antipaludique à l'école a pris depuis l'initiative du professeur Cacace, et surtout depuis la guerre, une très grande extension en Italie : de très nombreux exemples d'organisations antipaludiques scolaires aux effectifs importants sont donnés dans son rapport ; il signale en outre que l'Inde, la Grèce, l'Argentine, etc., ont aussi créé des organisations semblables et que la prophylaxie et l'enseignement antimalariques scolaires ont été remarquablement organisés en Algérie sous l'impulsion d'Et. et d'Edm Sergent, la quininisation préventive y ayant été entreprise dans les écoles primaires dès l'année 1907.

Le professeur insiste en terminant sur l'importance de l'application intégrale et de la vulgarisation de son programme d'hygiène antipaludique scolaire, œuvre à laquelle il s'est consacré avec énergie, conviction et enthousiasme, mais qui n'a pas encore été réalisée intégralement partout et ne s'est pas répandue dans tous les pays atteints par le paludisme. Des efforts restent à faire dans ce domaine.

Bien entendu, tous les autres moyens de prophylaxie antimalarique doivent être employés concurremment avec l'éducation antipaludique scolaire.

III. **Rapport du Dr B. Barrowman sur la prévention du paludisme chez les enfants en Malaisie anglaise.** — Il n'est pas facile de préciser l'importance des ravages du paludisme chez l'enfant parmi les indigènes de l'Est tropical, car les statistiques sont souvent inexactes, mais il est certain qu'ils sont considérables. Aussi la lutte contre le paludisme a-t-elle été entreprise depuis longtemps et avec énergie en Malaisie.

Malcolm Watson, qui s'est attelé à cette besogne dès 1901, a consacré tous ses efforts à lutter contre les moustiques ; cette lutte se heurte à une difficulté très particulière, à savoir qu'il existe en Malaisie trois variétés de moustiques vecteurs du paludisme ayant des habitats différents.

L'*Anophela umbrosus* vit dans les régions de plaine où ses larves se développent dans les eaux stagnantes ombragées ; il faut donc, pour les détruire, s'efforcer de supprimer toute ombre sur l'eau : on y parvient en organisant le drainage systématique des eaux vers un certain nombre de réservoirs connus dont la surface, les bords et les alentours sont rigoureusement débarrassés d'arbres, d'arbustes ou même d'herbes.

Le second moustique dangereux, l'*Anophela sundaicus*, a besoin d'eau saumâtre pour son développement ; on le trouve habituellement dans les régions côtières ; on lutte contre lui en drainant convenablement les eaux du littoral et en construisant des digues avec vannes permettant à l'eau douce de s'écouler vers la mer à la marée basse, mais empêchant l'eau salée de venir se mélanger à l'eau douce à la marée haute.

Dans quelques régions où les marécages des forêts n'ont pas été tous supprimés, il est recommandé de ne pas construire d'habitations à moins d'un demi-mille de ces eaux stagnantes, car les moustiques ne volent pas à une plus grande distance du lieu où ils se développent.

Les travaux de drainage effectués d'après les principes qui viennent d'être indiqués ont suffi pour raréfier dans une proportion considérable les cas de paludisme et à améliorer notablement les conditions de vie des indigènes et de leurs enfants devenus plus nombreux, sans qu'il y ait eu lieu de recourir à d'autres méthodes préventives.

Mais une difficulté s'est présentée lorsque la pénétration dans l'intérieur des terres a progressé ; la paludisme a reparu malgré la mise en œuvre des mesures qui avaient fait leurs preuves dans les plaines du littoral. On a alors essayé la quininisation préventive, mais elle n'a amené qu'une amélioration très relative et insuffisante : les seuls succès obtenus l'ont été dans les agglomérations isolées contenant moins de 80 à 100 habitants où le taux de la natalité n'a d'ailleurs pas été amélioré.

C'est alors qu'on a découvert le rôle dans la transmis-



ulcéosine
POUDRE SOLUBLE – TRAITEMENT INTERNE.
ARTÉRIO-SCLÉROSE_VARICES_PHLÉBITE CHR.
PÉRIPHLÉBITE_ULCÈRES VARIQUEUX_
HÉMORROÏDES_INSUFF.CE HÉPATIQUE ET
RÉNALE_RHUMATISMES CHRONIQUES.
ulcéosol
POMMADE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC_PRURIGO.
POUDRE. TRAITEMENT EXTERNE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT.
LABORATOIRE SÉVIGNÉ. 76, RUE DES RONDEAUX_PARIS (XX°)

sion du paludisme dans ces régions de collines de l'*Anopheles amaculatus* dont les larves vivent dans les eaux courantes ensoleillées. On a donc cherché à mettre à l'abri du soleil les eaux que le déboisement venait précisément de débarrasser de l'ombre : Malcolm Watson a proposé de drainer souterrainement les eaux, et cela a été réalisé en certains endroits. La méthode est coûteuse, mais elle serait à l'usage plus économique que l'huilage des eaux employé dans maintes régions et qui présente des difficultés assez importantes de mise en pratique.

L'emploi du vert de Paris, du pétrole ou des poissons larvivores est indiqué dans certaines circonstances locales particulières. La lutte contre les larves de moustiques ne doit pas empêcher la protection contre les moustiques eux-mêmes, au moyen par exemple de fenêtres grillagées.

Il faut aussi éviter l'infestation des moustiques en dépistant et en traitant les sujets atteints de paludisme, et notamment les enfants, qui sont de très importants et très fréquents réservoirs de gamétocytes.

Barrowman donne aux enfants paludéens de l'atébrine pendant trois mois, puis de la plasmoquine pendant vingt et un jours, après quoi ils ne sont plus infectants pour les moustiques.

Les résultats obtenus en Malaisie par l'association des méthodes qui ont été résumées ci-dessus sont éloquents, puisque dans le secteur de Klang, le taux de la natalité a augmenté de 5 à plus de 200 p. 1 000, tandis que la mortalité infantile s'abaissait de 900 à 130 p. 1 000.

Cette amélioration considérable résulte uniquement de l'emploi des mesures préventives prises et nullement d'un processus de « bonification », car dans les régions de Malaisie où la lutte antipaludique n'est pas encore organisée, l'état sanitaire est resté semblable à ce qu'il était partout il y a trente ans. La lutte contre les moustiques et leurs larves reste l'essentiel dans la lutte contre le paludisme ; la quininisation associée en renforce l'efficacité, mais la quininisation employée seule n'a qu'une action très limitée.

Discussion.

Le professeur GAUTIER (de Genève) signale la possibilité de la transmission à des enfants du paludisme de sujets traités par la malariathérapie ; il en a récemment observé un cas en Suisse.

M. ARMAND-DELILLE (de Paris), qui a séjourné longtemps en Macédoine pendant la guerre, a observé de nombreux cas de paludisme chez des enfants ; ils sont facilement atteints par le paludisme et font souvent des formes graves du fait d'une part de l'absence de prémunition, d'autre part de la préférence indiscutable qu'ont les moustiques pour les enfants.

Le rapport de M. Barrowman est intéressant, car il montre bien que la prophylaxie du paludisme infantile varie suivant qu'elle s'adresse aux enfants indigènes ou aux enfants européens. Pour les premiers, il est à peu près impossible de compter sur la protection mécanique et la quininisation; la seule mesure à prendre consiste à détruire les anophèles et leurs larves ; au contraire, pour les enfants européens, comme c'est le cas par exemple en Corse ou en Algérie, il est facile d'avoir recours à la protection mécanique contre les moustiques et à la quininisation qui la complète.

Le professeur NOBÉCOURT (de Paris) a observé dans deux cas l'inoculation accidentelle du paludisme au moyen de la transfusion sanguine. Le donneur était dans les deux cas indemne de toute manifestation récente ou ancienne de paludisme, mais il avait séjourné antérieurement dans un pays impaludé. Ceci pose la question du paludisme latent ou occulte, dont l'existence n'est pas douteuse.

Le professeur LEREBOULLET (de Paris) met en valeur certaines données importantes indiquées par les rapporteurs, notamment la fréquence extrême du paludisme infantile dans les régions impaludées, le rôle des enfants comme propagateurs du paludisme, la nécessité de lutter contre le paludisme congénital par le traitement de la mère pendant la grossesse et l'importance, ici comme en matière de syphilis congénitale, d'une prophylaxie anténatale. Il souligne l'opposition entre les conclusions de MM. Gillot et Sarrouy qui insistent sur l'efficacité de la quininisation préventive, et de M. Barrowman qui préconise surtout la lutte contre les moustiques et leurs larves. Ce désaccord n'est sans doute qu'apparent et doit provenir des conditions d'observation différentes où se sont trouvés les rapporteurs.

Les différents rapports ont insisté sur ce fait que l'enfant est à la fois un récepteur et un transmetteur de virus et qu'il est très sensible à la quininisation ; celle-ci doit donc être organisée systématiquement, et à ce point de vue l'enseignement antimalarique scolaire préconisé par M. Cacace est de première utilité pour propager parmi les populations les diverses mesures de prophylaxie antipaludique.

MM. Gillot et Sarrouy ont justement soulevé la question de la dévaluation de la quinine. Encore faut-il se préoccuper de la question si importante de la richesse mondiale en quinine qui serait, d'après certains, limitée, d'où le prix relativement élevé du produit. Des précisions à cet égard seraient utiles.

Le professeur MOURIQUAND (de Lyon) a constaté la disparition presque complète du paludisme infantile dans la région de Lyon et dans la région voisine des Dombes, alors que de nombreux étangs persistent, qu'il y a toujours des anophèles et qu'il y a eu pendant la guerre des soldats paludéens dans le pays. Il semble donc que les conditions d'hygiène générale, d'hygiène alimentaire et d'hygiène du logement provoquent, en s'améliorant, une modification du terrain qui devient moins apte à contracter le paludisme ; une influence météorologique peut aussi intervenir dans certains cas.

M. PÉHU (de Lyon) confirme l'absence de paludisme dans les Dombes pendant la guerre malgré la présence de nombreux réservoirs de virus.

M. ARMAND-DELILLE rappelle que Joyeux a insisté sur ce fait que l'augmentation du bétail dans une région entraîne une diminution du paludisme, l'anophèle préférant le bétail à l'homme.

M. HALBERTSMA (de Haarlem) signale qu'une espèce de moustique vivant en Hollande a pour particularité de se développer dans les eaux saumâtres stagnantes dont l'importance a beaucoup augmenté au cours des travaux d'assèchement du Zuydersée ; il a donc fallu amener de grandes quantités d'eau douce pour lutter contre l'invasion de ces moustiques.

Le professeur GILLOT (d'Alger) insiste sur ce fait que la

quininisation a pour but d'éviter que les impaludés ne soient infectants pour les moustiques, mais qu'elle n'empêche nullement l'infestation ; elle guérit seulement les symptômes et non le paludisme.

L'aristochine est certainement moins active que les autres sels de quinine, mais on peut en donner davantage. La quinine est bien supérieure aux préparations de quinquina.

Il est bien certain, comme l'a indiqué M. Mouriquand, que la bonification du sol, du vêtement, de l'alimentation et que l'amélioration de l'hygiène mentale contribuent à la lutte contre le paludisme, mais il est illusoire de croire que ces moyens peuvent suffire. La météorologie joue à coup sûr un rôle dans la question du paludisme : les rechutes, par exemple, ne se voient que pendant les périodes de pleine lune et les épidémies importantes suivent toujours les printemps pluvieux.

M. PIERRET (de la Bourboule) signale que la production de la quinine, jusqu'à ce jour monopole presque exclusif de la Hollande, est en voie d'augmentation rapide du fait des plantations de cynchona faites par l'Italie et par la France.

M. GILLOT indique que l'index splénique est un moyen souvent très insuffisant pour apprécier le degré de dissémination du paludisme dans telle ou telle région.

M. OLSEN, délégué du Comité d'hygiène de la Société des Nations, rappelle qu'une commission internationale du paludisme s'est réunie à Genève ; le programme de lutte contre le paludisme est en cours d'exécution.

M. LEREBOULLET lit une lettre du Quina-Bureau hollandais qui conseille la création dans chaque pays d'un institut d'État chargé d'acheter la quinine et de la distribuer ensuite gratuitement à ses nationaux.

Conclusions. — La IV[e] Conférence internationale de pédiatrie préventive, frappée des ravages qu'exerce encore le paludisme dans le monde, frappée aussi du rôle que jouent dans sa propagation les jeunes enfants, comme de l'action profonde du paludisme sur le développement physique, sur la mortinalité et la mortalité infantile, estime :

1° Qu'il y a lieu d'intensifier la lutte antipaludique en se basant sur les résultats qu'elle a déjà donnés, partout où elle est méthodiquement organisée.

2° En ce qui concerne spécialement l'enfant, que l'on doit distinguer dans l'application des mesures prophylactiques les populations européennes relativement faciles à instruire et à traiter, des populations indigènes moins accessibles, du fait de leurs mœurs et de leurs conditions d'habitation, aux mesures individuelles d'hygiène, de prévention et de traitement.

3° Que si importantes que soient les mesures générales visant la transformation du sol et la destruction des gîtes à anophèles, elles ne peuvent être partout appliquées, ne serait-ce qu'à cause des dépenses qu'elles engagent.

4° Que, tout en poursuivant selon les possibilités leur exécution et en assurant aussi la destruction des moustiques et la protection mécanique des individus contre leurs méfaits, il faut, en ce qui concerne l'enfant, user des méthodes de quininisation préventivo-curative qui ont fait leurs preuves.

5° Que la notion du paludisme congénital impose l'emploi de la quininisation chez la femme enceinte et qu'il faut faciliter, dans des consultations prénatales bien organisées, l'emploi systématique de la quinine chez la future mère.

6° Que la quininisation doit être appliquées à tous les nourrissons et jeunes enfants en milieu palustre, qu'ils doivent y être surveillés et suivis, grâce à une organisation appropriée assurant la distribution des préparations de quinine et la régularité de leur emploi.

7° Que ces mesures, partout où cela est possible, doivent être facilitées par une éducation et une hygiène scolaire antimalarique, faisant comprendre aux instituteurs d'abord, aux enfants ensuite, l'importance et les règles de l'exécution des mesures antimalariques. Cette éducation et cette hygiène comportent en outre toutes les mesures visant l'école et l'habitation, l'alimentation, le vêtement, l'organisation du travail intellectuel réalisées dans divers pays, notamment en Italie, et qui ont fait la preuve de leur efficacité.

8° Que la nécessité d'une quininisation régulière justifie tout à la fois les efforts actuellement en cours pour étendre la production de la quinine et ceux qui visent à obtenir sa dévaluation, rendant plus facile la généralisation de son emploi.

II. — Prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie.

I. Prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie. — 1[er] Rapporteur : M. le professeur MONRAD (Copenhague).

M. le professeur Monrad a lui-même résumé son rapport dans les propositions suivantes dont nous respectons la netteté et la concision :

A. *La prophylaxie du rachitisme* :

1. Introduction.

2. Il ne peut être question que de la prophylaxie générale, accessible au public.

3. La prophylaxie doit-elle débuter avant la naissance ?

4. Le rôle nettement secondaire de l'hérédité et du rachitisme congénital.

5. Valeur prophylactique de l'allaitement au sein.

6. Le surmenage digestif et la dyspepsie chronique chez les nourrissons au biberon.

7. Rôle étiologique nul de la tuberculose, de la syphilis congénitale et d'autres affections subaiguës et chroniques.

8. Le manque d'hygiène, la claustration, et la carence solaire.

9. Impossibilité de généraliser l'emploi de l'actinothérapie artificielle.

10. Considération de la cure préventive au moyen de l'huile de foie de morue et de l'ergostérol.

11. Conclusions.

B. *Prophylaxie de la spasmophilie* :

1. La spasmophilie synonyme de tétanie infantile.

2. La tétanie infantile n'attaque pratiquement que les enfants rachitiques ; il s'ensuit que la prophylaxie des deux maladies est à peu près la même.

3. L'allaitement au sein, la meilleure mesure prophylactique que nous ayons.

4. L'emploi généralisé de l'ergostérol n'est pas à recommander chez les enfants rachitiques : l'ergostérol peut provoquer des convulsions.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Dans l'exposé qu'il en a fait — sous une forme toujours personnelle, souvent humoristique — l'auteur a mis en évidence les points suivants :

La diminution du rachitisme au Danemark des formes graves, comme aussi de formes légères du rachitisme, bien avant la découverte de la vitamine D, à la faveur de l'hygiène, des soins de l'alimentation des enfants, d'une propagande (guides gratuits pour les mères et surveillance des enfants illégitimes), la mortalité passant de 1900 à 1933 de 12 et 20 p. 100 à 6 et 4 p. 100 pour les enfants légitimes et illégitimes.

L'auteur écarte l'hérédité, la syphilis comme facteurs de rachitisme ; pour lui, le rachitisme, trouble de la nutrition, n'est pas une avitaminose ; il rejette l'idée de traiter systématiquement l'enfant à titre préventif (vitamines, huile de foie de morue et irradiations).

Il préconise énergiquement l'allaitement au sein, et chez les enfants nourris artificiellement une surveillance très attentive des fonctions digestives menacées par l'abus des farines, les troubles dus aux graisses... ; pour lui, les séances d'irradiations comportent des dangers de refroidissement, d'atteintes cutanées, d'infection. L'huile de foie de morue peut engendrer des troubles digestifs ; l'abus des vitamines, l'anorexie, l'insomnie, l'hématurie, la cachexie. Un contrôle médical est donc indispensable pour user de ces thérapeutiques.

On propagera donc l'allaitement au sein ; la mère évitera le surmenage, les graisses en excès; si l'enfant est au lait de vache, seront à craindre ; l'air frais, le soleil, l'hygiène domestique seront assurés ; les médications, les irradiations ne seront de mise qu'en cas de menace de rachitisme. Pour la tétanie, spasmophilie infantile, mêmes règles d'allaitement au sein ; l'ergostérol amenant l'hypocalcémie avec l'augmentation du phosphore du sang constitue un danger de convulsions tétaniques. Il faut, en conclusion, une prophylaxie simple à concevoir et à exécuter, sinon elle n'atteint pas son but.

***

II. Rapporteur : M. le professeur Rominger (de Kiel). — En dépit des grands progrès acquis grâce aux recherches en clinique et en laboratoire dans le domaine de la pathogenèse et du traitement du rachitisme, ainsi que de sa conséquence immédiate, la tétanie proprement dite, les résultats consignés dans les divers travaux font ressortir seulement une diminution du nombre des cas aigus. En revanche, l'incidence des cas moyens et bénins demeure aujourd'hui encore la même, de sorte que le rachitisme doit être considéré comme une maladie généralisée dans nos pays. Puisque nous disposons aujourd'hui de moyens curatifs spécifiques et efficaces, il y a lieu de se demander si la prophylaxie particulière du rachitisme est toujours encore indispensable.

Les recherches récentes, soit en clinique, soit en laboratoire, ont jeté une nouvelle lumière sur les troubles rachitiques du métabolisme et leurs différentes phases; elles rendent plus facile la compréhension de l'origine des différentes complications qu'offrent le rachitisme et, en particulier, la tétanie. Nous savons aujourd'hui pourquoi un traitement insuffisant ou retardé tend à favoriser la morbidité et la mortalité du rachitisme comme affection primaire, cela même dans les cas moyens et bénins. Bien qu'il soit possible d'assurer la guérison bien plus rapide du rachitisme floride, nous sommes cependant obligés de développer la prophylaxie et d'appliquer à cet effet tous les moyens que la science met à notre disposition.

Dans les régions où le service de protection des nourrissons est bien organisé, on peut renoncer à tout système généralisé de prophylaxie. Des mesures particulières demeurent cependant indiquées dans le cas de nourrissons prématurés ou de pauvre vitalité, ainsi que chez les jumeaux, les enfants de milieux socialement déshérités et dans les familles prédisposées.

En appliquant ces mesures préventives, il faudra porter notre attention sur la question des récidives ; il sera également indiqué de surveiller l'alimentation et l'hygiène des femmes enceintes, c'est-à-dire instaurer une méthode de prophylaxie prénatale.

Les mesures prophylactiques contre le rachitisme et la spasmophilie, même si elles entraînent l'usage de moyens spécifiques modernes, doivent aller de pair avec la surveillance étroite de l'alimentation et des soins donnés à l'enfant ; il faudra surtout veiller à écarter tout risque d'infection. Ces mesures hygiéniques sont toutefois par elles-mêmes insuffisantes pour garantir la protection efficace contre le danger très répandu du rachitisme dans nos pays.

Parmi les moyens spécifiques de prophylaxie dont nous disposons aujourd'hui, le meilleur, de par sa grande efficacité et l'absence de suites nocives, est sans contredit l'application des rayons ultra-violets, sous forme d'héliothérapie naturelle ou artificielle. Ce traitement est cependant assez mal commode et dispendieux ; il s'ensuit que les consultations de nourrissons devront se contenter d'administrer la vitamine D sous forme d'huile de foie de morue soigneusement préparée, ou d'autres substances contenant la même vitamine. Il n'y a pas lieu de craindre les phénomènes toxiques que l'on observe au début du traitement au moyen de préparations activées d'ergostérine et même, si l'on en croit les expériences de laboratoire, d'huile de foie de morue. Ces suites ne sauraient qu'être la conséquence de doses exagérées ou massives, et d'un traitement de plusieurs mois. Les nouvelles préparations dont nous disposons permettent d'éviter ces inconvénients ; il n'y a donc aucun motif de craindre leur emploi dans un but prophylactique. L'emploi d'aliments irradiés n'a pas rencontré de succès. En revanche, on a obtenu de bons résultats avec la « prophylaxie indirecte » (*stumme Prophylaxe*), c'est-à-dire l'adjonction de vitamine D au lait frais dans les districts avec distribution centrale et étroitement surveillée du lait à la population (système « Vipro ») (1).

Discussion.

Le professeur Mouriquand (Lyon) montre les obscurités persistant sur la nature du rachitisme, ses causes, le terrain prédisposé par l'existence de *dystrophies inapparentes* précédant les dystrophies atténuées, frustes ou déclarées, se produisant à l'occasion d'un *facteur de révé-*

(1) Par dissolution de solution huileuse de vitamine D dans du lait sec puis mélangé avec le lait frais sous un contrôle sévère.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

lation toxique, infectieux, météorologique: ici dystrophie phospho-calcique chez l'enfant allaité artificiellement par absorption ou assimilation imparfaites, le rachitisme pouvant s'arrêter avec la croissance chez les beaux enfants trop nourris, et parfois reprises à la puberté; inversement il existe un rachitisme hypotrophique; l'auteur cite des faits de passage ou d'association scorbut-rachitisme, il cite l'importance révélatrice de la carence solaire, de l'hérédo-syphilis, des troubles digestifs surtout.

M. le Dr H. Sechel (Cologne), à propos des faits évoqués par le professeur Rominger de spasmophilie par hypocalcémie lors de guérison du rachitisme, a recherché les caractères radiographiques chez les spasmophiles sans dégager de conclusions touchant un aspect caractéristique, les dépôts calcaires signifiant seulement la guérison du rachitisme.

Le Dr Jean Cathala (Paris) pense avec le professeur Monrad que le rachitisme n'est pas une avitaminose et distingue un aspect étiologique encore complexe, et un aspect physio-pathologique mieux connu, cela conformément aux idées du professeur Bard. Pratiquement, il pense qu'aux stérols et aux irradiations, il faut ajouter des notions d'hygiène, de diététique. Le problème de la prophylaxie est donc plus éducatif que médicamenteux, l'abus des vitamines pouvant du reste engendrer l'anorexie.

Le Dr Woringer (Strasbourg) distingue la méthode prophylactique et ses conditions pratiques d'application, et insiste sur la valeur de la lumière solaire, d'importance majeure, propose d'associer en actinothérapie les infrarouges aux ultra-violets, et incite physiciens et constructeurs à se rapprocher encore de la reproduction de la lumière solaire. Les objections contre les irradiations ne sont pas insurmontables. Il préconise les petites doses deux et trois fois par semaine, sans rechercher la pigmentation, écran ou défense mais non indice d'efficacité.

Le Dr Armand-Delille (Paris) préconise le bain de soleil pour cette prophylaxie qu'il veut anténatale chez les femmes enceintes à qui il conseille la liqueur de Fowler et le fer contre l'anémie et l'anorexie des huitième et neuvième mois.

Le Dr Olsen (Société des Nations, Genève) préconise l'idée d'instituer pour ces recherches une seule méthode pour avoir des documents sur l'effet des vitamines standardisées par la Société des Nations. L'étude des conditions d'habitation par des enquêtes organisées paraît indiquée, une collaboration heureuse entre la S. D. N. et l'Association de pédiatrie préventive doit s'instituer.

M. le Dr Lesné (Paris) constate que les grandes déformations jadis fréquentes (50 à 60 p. 100 des cas de rachitisme) sont devenues très rares, mais le «petit rachitisme» reste très fréquent, malgré nos connaissances sur la carence solaire et sur la rachitisme expérimental. L'étiologie reste donc à préciser entre le rachitisme humain, qui n'est pas une avitaminose, et les types expérimentalement créés par déséquilibre phospho-calcique et carence solaire. Le rôle curateur du phosphore, celui de la carence solaire importante, de l'allaitement artificiel, les intoxications auto ou hétérogènes interviennent.

L'infection n'est directement ni la syphilis, ni la tuberculose, mais les infections cutanées, oculaires, digestives interviennent, et surtout enfin les troubles digestifs (laits étrangers à l'espèce, suralimentation lactée, dyspepsie des graisses parfois, des farineux plus souvent rencontrée en France, farines, pain trop tôt donnés et mal digérés, tels sont les facteurs que nous relevons).

Le rôle de l'hypophosphatémie par élimination diarrhéique de phosphates atteint la région dia-épiphysaire, la fixation du calcium est gênée. En Afrique du Nord, malgré les fautes de régime fréquentes, le rachitisme est rare, grâce au soleil.

Dans les grandes villes du Nord, à ciel ouvert, l'actinothérapie, les stérols irradiés à petite dose agiront à titre prophylactique, dès la grossesse, anténatal. Il faut proscrire les aliments irradiés, mais chez les vaches bien nourries, au soleil, le lait est riche en vitamines D. Une bonne prophylaxie comporte aussi une hygiène et un régime surveillés.

M. le professeur Wieland (Bâle) insiste sur l'intérêt des laits irradiés pour une prophylaxie visant toute la population (mère et enfants), comme le préconise A. Hess de New-York. Le contrôle des substances irradiées tend à s'organiser, notamment à Bâle et à Genève.

M. le Dr Weill-Hallé (Paris) insiste pour une prophylaxie hygiénique précoce et prénatale, mais confirme que certaines thérapeutiques créent des causes fréquentes de dystocie par ossification prématurée chez l'enfant.

M. le professeur Lereboullet (Paris) voit aussi beaucoup moins de cas de rachitisme marqué, mais un assez grand nombre de cas légers, parfois même chez l'enfant au sein mal alimenté, par une mère dont l'hygiène laisse à désirer. La diminution de fréquence du rachitisme marqué est pour lui indiscutable et parallèle à l'amélioration des conditions de surveillance des nourrissons.

Il rappelle les caractères attribués au rachitisme des hérédo-syphilitiques par le professeur Marfan (précocité, anémie, rate grosse, prédominance cranienne) et en montre la réalité. Avec les rapporteurs, il estime que les rayons ultra-violets et les vitamines ne doivent être maniés qu'à doses légères et sous surveillance médicale.

Mme le Dr Schohl (Pirmasens) insiste sur la nécessité de l'éducation des mères, ce qui entraîne un traitement prénatal chez l'enfant.

M. le Dr Lust (Bruxelles) croit que le rachitisme anténatal est très rare, discute la valeur à ce titre du craniotabes; les accoucheurs préfèrent proscrire chez les mères l'usage des vitamines D.

Il préconise au contraire, chez les jumeaux prématurés, l'usage des vitamines A et D comme en Norvège et aux Etats-Unis. L'instabilité en vitamines D de l'huile de foie de morue lui a fait utiliser l'huile de flétan, chère mais très active à petites doses (1 500 unités A et 1 000 unités D par gramme : Park et Davis).

M. le professeur Arvid Wallgren (de Gotebourg) (texte transmis par M. le Dr Péhu) nous fait connaître l'organisation dans sa ville, où on contrôle chez les enfants les signes du rachitisme, traité par l'aération et l'huile de foie de morue, les districts non contrôlés restant touchés en assez grand nombre.

M. le professeur Monrad (rapporteur), en réponse aux divers auteurs, conclut à l'éducation du public pour l'hygiène, surtout l'allaitement au sein, constate la méfiance à l'égard des aliments irradiés.

M. le professeur Rominger (rapporteur) estime que l'em-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

ploi des facteurs antirachitiques conduit à limiter la superminéralisation de l'enfant au biberon ; il insiste sur l'utilité de la vitamine D, la vitamine A ne suffisant pas à protéger l'enfant. La radiographie retarde sur l'existence du rachitisme qui évolue souvent par poussées ; aussi, pour éviter d'intervenir trop tard, faut-il ne pas négliger cette prophylaxie par les vitamines applicable non seulement aux cas graves, mais aux cas légers.

Conclusions. — Si le rachitisme infantile a diminué de fréquence et de gravité, il n'a pas encore disparu ; ses causes sont complexes et la prophylaxie n'en est pas simple.

1° La prophylaxie doit être d'abord anténatale par l'hygiène générale et le régime alimentaire de la femme en état de gestation.

2° Le rachitisme étant exceptionnel chez les enfants nourris au sein, l'allaitement maternel sera toujours préféré.

3° Il faut éviter chez le nourrisson toute faute d'hygiène générale et alimentaire.

Insister sur les bonnes conditions d'aération et d'habitation.

Eviter et prévenir la carence solaire.

Eviter et traiter les infections prolongées et les troubles digestifs.

4° Dans les grandes villes où l'héliothérapie naturelle est impossible, particulièrement en hiver, on emploiera préventivement et dès les premiers mois de la vie, surtout chez les prématués et aussi chez les jumeaux : l'héliothérapie artificielle, le lait irradié, les stérols irradiés, l'huile de foie de morue de bonne qualité, uniformément standardisés, toujours avec prescription et sous surveillance médicale.

5° Pratiquement, la spasmophilie n'apparaît que chez des enfants rachitiques ; il s'ensuit que la prophylaxie des deux maladies est à peu près la même.

JULIEN HUBER et ANDRÉ BOHN.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Les dommages subis par les malades soignés soit dans les hôpitaux départementaux ou communaux, soit dans des établissements de l'Assistance publique, ont donné lieu à des procès qui ont permis de déterminer dans quelles conditions l'Assistance publique peut être poursuivie et dans quels cas elle se trouve responsable du fait de ses préposés.

Quand le préjudice provient de l'acte du méde-

cin ou d'une faute du chirurgien, l'Assistance publique, ne peut être poursuivie et elle doit être mise hors de cause. En effet, ni les médecins, ni les chirurgiens des hôpitaux ne sont à aucun titre les préposés de l'Assistance publique, au sens légal du mot ; ils sont choisi au concours et l'Assistance publique n'a sur eux aucun pouvoir de contrôle ni de direction. Libres dans l'exercice de leur art, ils n'entraînent donc pas, en cas de faute, la responsabilité de l'Assistance publique et c'est personnellement qu'ils peuvent être poursuivis.

Le 17 juillet 1934, le Tribunal de la Seine a encore rendu un jugement qui confirme la jurisprudence antérieure : une femme prétendait qu'ayant été admise à l'hôpital Lariboisière sur la recommandation de son médecin, elle n'avait subi l'amputation de la cuisse droite qu'en raison d'une négligence du chirurgien. Elle prétendait que son médecin traitant ayant diagnostiqué une arthrite suppurée, on aurait dû, dès son arrivée à l'hôpital, procéder à une arthrotomie, et elle reprochait au chirurgien d'avoir attendu d'être en possession de l'analyse bactériologique qui avait révélé la présence de streptocoques pour décider de son intervention.

Cette femme oubliait que son médecin traitant était sans doute l'auteur initial de la gravité du mal, puisqu'il avait omis d'immobiliser le genou. Elle ne savait pas ce que le professeur Mathieu a affirmé dans son expertise, que les arthrites suppurées peuvent être traitées par la simple immobilisation, qu'une ponction exploratrice peut faire pénétrer dans l'articulation une infection qui jusque-là n'est que périarticulaire, et que le chirurgien de l'hôpital avait agi non seulement avec prudence, mais qu'il avait observé très exactement les règles actuelles de la science.

Par conséquent, le chirurgien a été mis hors de cause puisqu'il n'avait pas commis de faute, mais, comme la malade avait également poursuivi l'Assistance publique, celle-ci fut mise hors de cause, car elle n'est pas présumée responsable des actes des chirurgiens des hôpitaux qui ne sont pas ses préposés. Cette jurisprudence est constante ; elle a notamment été confirmée par un jugement du Tribunal de la Seine du 14 décembre 1920 (*Gaz. Trib.* 1921-2-192) et du 15 décembre 1900 (*Le Droit*, 16 décembre 1900).

Si l'acte dommageable a été commis non pas par un médecin, mais par un infirmier ou une infirmière, la situation de droit se trouve complète-

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

ment modifiée. En effet, les infirmiers sont, au sens strict du mot, les préposés de l'Assistance Publique et toute faute préjudiciable commise par eux dans l'exercice normal de leurs fonctions engage la responsabilité de l'Assistance publique. Les infirmiers, quelle que soit leur collaboration avec les médecins ou les chirurgiens, ne sont pas sous la dépendance de ceux-ci, aucun lien de subordination n'unit les médecins aux infirmiers ou aux infirmières ; c'est l'Assistance publique qui choisit son personnel, c'est elle qui le rémunère, c'est elle seule qui a autorité sur lui. Alors même que l'infirmier donne les soins prescrits par un médecin, il n'en devient pas pour cela le préposé du médecin, il demeure exclusivement subordonné à l'autorité de l'Assistance.

C'est ce que nous avons déjà constaté dans *Paris médical* en rapportant un arrêt de la Cour de Bordeaux du 12 novembre 1930.

Cette question a fait l'objet d'une nouvelle décision du Tribunal de la Seine, le 14 mars 1933 (*Gaz. Trib.*, 5 août 1933).

Mme Naudin était entrée à l'hôpital de la Salpêtrière le 8 mai 1929, pour subir un examen radioscopique du côlon. Afin defaciliter cet examen, une infirmière, Mme Python, lui administra un lavement opaque. Pendant cette opération, Mme Naudin poussa des gémissements, et plusieurs témoins affirmèrent qu'aussitôt après le lavement Mme Naudin paraissait souffrir et qu'elle marchait péniblement. On dut l'aider à monter l'escalier et elle se mit au lit, disant qu'elle avait été brûlée à l'hôpital par un lavement trop chaud. En effet, des cloques apparurent à l'anus et un médecin fut appelé auprès d'elle. Celui-ci délivra un certificat constatant des brûlures par injection d'un liquide trop chaud dans le rectum, des brûlures du premier degré à la fesse gauche étendues de l'anus à la cuisse et des hémorragies intestinales ou rectales.

De l'enquête à laquelle il avait été procédé, il semblait donc qu'il y avait une relation de cause à effet entre l'administration du lavement trop chaud et la rectite avec ténesme dont souffrait la malade.

Celle-ci poursuivit donc l'Assistance publique en dommages-intérêts.

Devant le Tribunal, l'Assistance demandait sa mise hors de cause : en effet, plaidait son avocat, l'examen radioscopique avait été prescrit par un médecin et l'infirmière qui avait administré le lavement opaque, ayant agi d'après les instructions du médecin de service, devait être considérée

(Suite à la page X.)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

non comme la préposée de l'Assistance, mais comme ayant agi sous l'autorité et la direction du médecin ; qu'en conséquence, s'il y avait un responsable, ce n'était pas l'Assistance publique qui n'était ni présente ni représentée dans le service médical, mais celui qui avait donné des ordres à l'infirmière.

Le Tribunal n'a pas admis la thèse de l'Assistance publique. En effet, s'il est exact que les médecins des hôpitaux ne sont pas des préposés de l'Assistance publique, il en est différemment des infirmiers qui sont au service de cette administration. Si les infirmiers sont les auxiliaires des médecins pour le traitement des malades, cette circonstance ne pourrait entraîner la responsabilité du médecin que si celui-ci avait sur l'infirmier au moment de l'acte dommageable une autorité et une direction exclusive et directe.

Or le tribunal a constaté que l'infirmière qui avait reçu l'ordre de donner un lavement dont la température maxima doit être de 37° n'a pas agi conformément aux instructions du médecin puisque le liquide était d'une température beaucoup plus élevée.

(A suivre.)

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *octobre* 1934.

M. LE PRESIDENT fait part de la mort de M. Manquat (de Nice), correspondant national depuis 1907 dans la section de médecine.

Notice. — M. BROCQ-ROUSSEU donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Cadiot.

Rapport sur les vaccinations. — M. CAMUS, au nom de la Commission permanente de vaccine, présence à l'Académie le rapport général annuel sur les vaccinations antivarioliques pratiquées en France, aux colonies et dans les pays de protectorat.

En France, les opérations vaccinales pratiquées dans les séances publiques sont plus nombreuses que l'année précédente : 3 612 vaccinations en plus et 3 328 revaccinations en plus. Les vaccinations à domicile, estimées par le nombre de certificats déposés, sont également plus nombreuses : 5 405 en plus.

Le total des opérations vaccinales pratiquées dans les séances publiques est de 1 175 253.

Le chiffre global des opérations vaccinales est cependant inférieur à celui de l'année précédente, mais ceci tient à ce que dans le département de la Seine il y a eu 30 593 opérations vaccinales en moins.

La vaccination a donné satisfaction d'une façon générale ; cependant, dans six départements, les Commissions de vaccine ont signalé : les unes que le vaccin a provoqué de violentes réactions suivies de quelques accidents graves, les autres que son activité a été notoirement insuffisante.

On sait que l'Académie, consultée par M. le ministre de la Santé publique, avait indiqué qu'elle pourrait réaliser le contrôle de toutes les préparations vaccinales si on lui augmentait son crédit. Non seulement le faible crédit dont dispose l'Académie n'a pas été augmenté, mais on vient de le réduire de 46 p. 100, ce qui rend très précaire le contrôle partiel qu'elle pouvait exercer par sondage sur les vaccins délivrés par les centres vaccinogènes.

Variole. — 9 départements ont signalé la présence de la variole : 21 cas ont été observés à Rouen avec 7 décès ; 3 dans la Haute-Vienne avec 1 décès et 1 à Marseille avec 1 décès.

En Algérie, la proportion des vaccinations est d'environ 10 p. 100 du nombre des habitants. On a enregistré 29 cas de variole pendant l'année.

Aux Colonies, on a pratiqué 10 175 206 vaccinations en 1932, contre 8 499 068 vaccinations en 1931. Le nombre de cas de variole en 1932 a été de 8 406 ; il n'était que de 5 170 en 1931.

Au Maroc, il a été pratiqué 611 202 vaccinations en 1933. La variole n'a donné lieu qu'à 112 cas de maladie contre 1 575 en 1932.

En Tunisie, il a été pratiqué 415 658 opérations vaccinales et il n'y a eu que 4 cas de variole.

A propos de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. AUGUSTE note présentée par M. MESNIL. — Avant d'effectuer la réaction de Bordet-Wassermann (syphilis) ou la réaction de fixation dans la tuberculose, M. Auguste débarrasse le sérum de ses globulines précipitables par l'acide chlorhydrique N/300. Il augmente ainsi de façon très heureuse la sensibilité de la réaction de Wassermann : fréquence des résultats positifs augmentée de plus de 80 p. 100 ; intensité des réactions souvent triplée ou quadruplée. La sensibilité de la réaction de fixation pour la tuberculose est augmentée lorsqu'on utilise l'antigène à l'œuf de Besredka. Dans tous les cas, la spécificité est conservée.

Un nouveau paralysant du sympathique. — M. Raymond HAMET — Pour lutter contre les nombreux troubles qui dépendent de l'hyperexcitabilité du système nerveux sympathique, la thérapeutique ne disposait jusqu'à ce jour que de deux médicaments : les alcaloïdes de l'ergot de seigle et ceux du yohimbé. Dans le gambir, rubiacée de la région indo-malaise que l'industrie utilise en très grande quantité pour les tanins qu'elle renferme, M. Raymond Hamet a découvert un alcaloïde nouveau, la gambirine, qui possède une action sympathicolytique extrêmement énergique. Cette nouvelle substance n'a qu'une très faible action vasculaire, ce qui lui assure une supériorité incontestable sur les alcaloïdes de l'ergot qui sont des vaso-constricteurs très puissants et sur les alcaloïdes du yohimbé qui ont de forts effets vaso-dilatateurs. L'auteur pense que le nouvel alcaloïde pourrait être utilisé avantageusement dans la thérapeutique des sympathoses.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 2 novembre 1934.

Etude clinique, biologique et anatomo-pathologique d'un cas de néphrite subaiguë apparue après un purpura rhumatoïde. — MM. Fr. Rathery et M. Dérot ont observé un cas de néphrite subaiguë qui a évolué en six mois vers la mort. Il s'agissait d'une néphrite mixte œdémateuse et azotémique.

L'étude des modifications humorales a montré l'existence d'une azotémie avec élévation proportionnellement marquée de l'azote résiduel.

Il y avait des modifications de la chlorémie plasmatique et globulaire qui a été tantôt basse, tantôt élevée. Il existait de l'hypoprotidémie avec inversion du rapport S/G, de l'hyperlipidémie sans hypocholestérolémie et des troubles de l'équilibre acido-basique. Aucun rapport n'a pu être décelé ni entre les variations de la chlorémie et de l'azotémie, ni entre celles de la chlorémie et de l'œdème, ni non plus entre celles de l'acidose et du chlore humoral.

Au point de vue anatomique, il existait des lésions du rein, du foie, de la rate, des poumons et de la moelle osseuse.

La néphrite subaiguë du purpura rhumatoïde apparaît comme une entité différente des néphrites observées au cours des infections banales. Elle mérite l'individualité que lui ont conférée les travaux d'Hutinel.

Phacomatose rétinienne de Van der Hœve dans un cas de sclérose tubéreuse. — MM. Georges Guillain et H. Lagrange rapportent l'observation d'une malade présentant cette lésion très rare et très spéciale, la phacomatose rétinienne, décrite par le professeur Van der Hœve (de Leiden). La constatation de cette lésion leur permit de préciser le diagnostic d'une tumeur cérébrale due à la sclérose tubéreuse. Leur malade, une jeune fille de dix-huit ans, présenta un syndrome suraigu d'hypertension intracranienne avec céphalées et crises épileptiques, la cécité fut absolue en quelques jours ; on constate l'hypertension manométrique du liquide céphalo-rachidien et une dissociation albumino-cytologique. Cette malade n'avait pas eu antérieurement de troubles psychiques, mais on notait chez elle des adénomes faciaux du type Pringle, caractéristiques de la sclérose tubéreuse. Le syndrome aigu d'hypertension intracranienne semble ici, comme dans un cas de Schuster, avoir été provoqué par le développement d'une tumeur intraventriculaire. Celle-ci ne fut pas évolutive. le syndrome d'hypertension disparut, mais la cécité absolue persista.

La phacomatose rétinienne de Van der Hœve est un signe important qui s'ajoute à ceux déjà connus dans la sclérose tubéreuse (crises épileptiques, troubles psychiques, adénomes du type Pringle). Les rapports existant entre la phacomatose de Bourneville, la phacomatose de Recklinghausen et la phacomatose de Van Hippel-Lindau méritent, comme l'a signalé Van der Hœve, d'être discutés.

Les lésions granuleuses pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck. — M. L.-M. Pautrier attire l'attention sur les lésions pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck. Celle-ci correspond à l'ancien lupus pernio de Besnier et aux sarcoïdes de Bœck. Considérée comme une simple dermatose, jusqu'il y a quelques années, elle n'est guère connue que des dermatologistes. Or, ses symptômes cutanés ne sont qu'une faible partie de ses manifestations, car il s'agit en réalité d'une grande maladie générale, d'une réticulo-endothéliose qui atteint également le système ganglionnaire, les amygdales, les poumons, les os, la rate, le foie, les muqueuses buccale, nasale, conjonctivale. Fait capital et qui signe l'unité de la maladie, toutes ces manifestations, en quelques points qu'elles siègent, ont rigoureusement la même structure histologique et sont constituées par une infiltration de cellules épithélioïdes auxquelles peuvent s'adjoindre des lymphocytes. L'affection a une marche très lente, torpide. L'état général des sujets est bon, il n'y a pas de fièvre.

La découverte des lésions pulmonaires est donc une surprise radiologique. Les poumons sont criblés de petites taches granuleuses, parfois reliées par des tractus flous, auxquelles s'adjoignent, dans quelques cas, des adénopathies trachéo-bronchiques. L'aspect peut être tout à fait analogue à celui des granulies froides et, avant de porter ce diagnostic, il faudra désormais envisager l'éventualité d'une maladie de Besnier-Bœck. La méconnaissance de ces lésions pulmonaires pourrait entraîner de graves erreurs de diagnostic.

M. Ravina demande si l'on observe des hémoptysies.

M. Pautrier répond qu'elles n'ont jamais été signalées.

Un cas de pneumothorax spontané idiopathique bénin guéri et récidivant au bout de six ans. — MM. P. Hillemand, E. Gilbrin et J. Parfus rapportent l'observation d'un adulte qui, soigné en 1926 pour un pneumothorax spontané généralisé du côté droit, présenta six ans après un nouveau pneumothorax total du même côté.

Les auteurs rappellent les autres cas antérieurement signalés et insistent sur la bénignité relative de cet accident dont ils discutent la pathogénie. Ils ne croient pas à l'origine tuberculeuse de ces pneumothorax à répétition et se demandent s'il ne s'agirait pas plutôt d'une malformation : rupture d'une plèvre aplasiée en face de bulles d'emphysème congénital.

M. Rist rappelle les nombreux cas décrits par Guilliard sous le nom de pneumothorax des conscrits. Il rappelle le cas d'une femme qui faisait un pneumothorax à chaque grossesse. Ces cas rentrent dans le cadre des pneumothorax spontanés bénins. Le pronostic est toujours bénin.

Action de la grossesse sur le trouble régulateur chez une diabétique. — MM. M. Labbé, Escalier et Gilbert-Dreyfus rapportent l'observation d'une diabétique chez qui, au cours d'une grossesse, on observa à la fois une aggravation du diabète et un abaissement du seuil rénal.

M. Rathery a vu en dehors de la grossesse l'alternance du diabète rénal et du diabète vrai.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 octobre 1934.

Le rôle de l'énervation hépatique sur la stabilité du glycogène du foie. — M. Pierre Demant, d'expériences faites dans le laboratoire de Noël Fiessinger, conclut que

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

l'énervation hépatique complète n'aboutit pas à la disparition complète du glycogène hépatique, mais détermine une diminution du taux de la glycémie provoquée. La section du splanchnique droit paraît aboutir, par contre, à la disparition du glycogène hépatique et à l'augmentation de la glycémie provoquée, mais cette influence tient au traumatisme de la surrénale ; elle disparaît lorsqu'on évite avec soin la compression surrénale.

Action de l'électropyrexie par les radiations à ondes courtes sur le cobaye infecté par un virus du typhus exanthématique. — MM. P. GIROUD et P. HABER n'ont pas vu l'électropyrexie influencer manifestement la réaction thermique particulière au cobaye contaminé par le virus du typhus exanthématique. Le traitement semble diminuer les réactions de défense de l'organisme à l'égard de ce virus, en ce sens qu'il permet la conservation du germe dans la rate pendant un temps prolongé.

Sur la résistance des cobayes tuberculeux à l'infection charbonneuse, — MM. A. BOQUET, C. NINNI et J. BRETEY montrent que les bactéridies charbonneuses inoculées à des cobayes normaux au siège même d'une inflammation créée par la tuberculine sont détruites sur place à bref délai. Cette destruction, qui s'opère silencieusement, ne s'accompagne d'aucune immunité générale. Son efficacité et sa durée sont étroitement liées à l'intensité et à la persistance des modifications locales, cytologiques et exsudatives, engendrées par le produit injecté.

Par analogie, les auteurs supposent que l'immunité relative des cobayes tuberculeux à l'infection charbonneuse résulte de la mise en œuvre des mêmes éléments cellulaires qui interviennent dans les foyers inflammatoires. Bien que la désensibilisation préalable de ces animaux ne diminue pas leur résistance à la bactéridie, il semble que l'hyperactivité phagocytaire anormale qui préside à cette immunité non spécifique soit sous la dépendance de l'état allergique conféré par le bacille de Koch.

Sur l'existence d'éléments satellites endo-membraneux dans le segment rénal intermédiaire. — IVAN BERTRAND et JACQUELINE GUILLAIN attirent l'attention sur la présence à l'intérieur du segment rénal intermédiaire, d'éléments ramifiés endo-membraneux, nettement distincts des cellules épithéliales. De tels éléments n'ont pas encore été signalés. Ils ne peuvent être mis en évidence que par une imprégnation analogue à celle qui est pratiquée pour la microglie. Leur rôle dans l'excrétion rénale paraît être important.

Etude de la toxicité comparée des solutions d'acide sulfurique et d'acide acétique pour les variétés R et S des bacilles tuberculeux des mammifères. — MM. A. SAENZ, M. SADETTIN et L. COSTIL ont conclu antérieurement à la grande toxicité de l'acide acétique, contrastant avec le peu de nocivité de l'acide sulfurique pour les bacilles des mammifères.

Il ressort de leurs recherches actuelles que les variétés R et S des souches d'origine humaine (Ratti), bovine virulente (Vallée) ou avirulente (BCG), se comportent vis-à-vis de l'acide sulfurique et de l'acide acétique comme les souches de bacilles des mammifères non dissociées : même toxicite de l'acide acétique et même tolérance pour l'acide sulfurique.

F.-P. MERKLEN.

NOUVELLES

Conseil supérieur de l'éducation physique. — Il est créé au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, sous la présidence du ministre, un Conseil supérieur de l'éducation physique.

Le Conseil se compose de 150 membres, nommés par arrêté du ministre de la Santé publique et de l'Education physique. Le ministre nomme quatre vice-présidents choisis parmi les membres du Conseil dans chacune des quatre commissions qui le composent, l'un ou l'autre d'entre eux étant appelé, suivant le cas, à présider le Conseil ou ses commissions en son absence.

Le Conseil est chargé :

1° De rechercher toutes les mesures susceptibles de développer la pratique des exercices physiques ;

2° De favoriser toutes les œuvres ayant pour but d'orienter la jeunesse vers la vie de plein air et d'assurer ainsi sa santé physique et morale ;

3° De seconder l'action des fédérations sportives et d'accroître le prestige de la France dans les compétitions internationales ;

4° De donner le maximum d'efficacité aux efforts qui tendent à répondre, par l'instruction préalable des jeunes gens et leur entraînement progressif, aux exigences du service militaire à court terme.

Le Conseil et ses commissions sont appelés, en outre, à examiner les dispositions intéressant l'éducation physique la vie de plein air, les sports ou la préparation militaire qui peuvent être introduites dans tous projets, propositions de lois ou règlements.

Les soins médicaux aux victimes de la guerre. — Le *Journal officiel* du 17 octobre publie l'arrêté ministériel suivant :

ARTICLE PREMIER. — L'article 1er de l'arrêté interministériel du 3 juin 1927, modifié par l'arrêté du 22 août 1927, est complété comme suit :

« Chap. Ier. — Produits chimiques et pharmaceutiques — Ne peuvent être fournies les pastilles et pâtes pectorales.

Chap. II. — Ne peuvent être prescrites les eaux minérales naturelles hors le cas de nécessité thérapeutique incontestable.

En ce cas, la prise en charge au titre de l'article 64 reste subordonnée à l'autorisation de la Commission tripartite départementale dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 juin 1927. »

Union thérapeutique internationale. — Sous les auspices de la Société française de thérapeutique, fondée depuis près de soixante-dix ans, et à l'initiative de son président, s'est constituée à Paris, samedi dernier, cette nouvelle association scientifique à laquelle déjà 250 savants ont donné leur adhésion ; elle comptera des médecins, des chimistes, des pharmaciens, des vétérinaires, des physiothérapeutes, des biologistes, des bactériologues, etc. Le bureau a été constitué comme suit : Péri-

NOUVELLES *(Suite)*

dent : professeur Maurice Lœper (Paris) ; secrétaire-général : professeur Leven (Paris) ; secrétaire : Dr Laemmer (Paris) ; vice-présidents : professeurs Zunz (Bruxelles), Perrot (Paris), Dr Fulton (Londres); membres : MM. Rathery, Levaditi, Ascoli, La Barre, Harvier, Bousquet, Piccinini, Mme Randois, Pende, Pribram, Tiffeneau, etc. ; archiviste : M. Babonneix.

La nouvelle société se réunira une fois par an en séance plénière pour la mise au point de quelques questions des différentes sections ; tous les trois ans, et la première fois en 1936, elle tiendra un congrès dont le président et les sujets à traiter seront désignés par le bureau. En outre, une bibliothèque sera constituée par les tirages à part que tous les membres enverront régulièrement à l'archiviste qui constituera des fiches de résumés de façon à pouvoir documenter les membres non parisiens. Le prochain Congrès aura lieu en Suisse sous la président du professeur Burgi, de Berne. Les statuts détaillés seront publiés prochainement.

Corps de santé de la Marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 25 septembre 1934 :

Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Henri Verdollin, médecin principal ; M. Paul Godillon, médecin principal.

Au grade de médecin principal : M. Jean Gaic, médecin de 1re classe ; M. Jean Cluzel, médecin de 1re classe.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Georges GUILLAIN commencera son cours de clinique le vendredi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du lundi 5 novembre, conférences de séiniologie, par M. Th. Alajouanine, agrégé ; MM. Desoille, P. Guillain, Rudaux, Sigwald, chefs de clinique ; MM. Bize, Darquier, Lereboullet, Mathieu, Michaux, Mollaret, Périsson, Rouquès, Schmite, De Sèze, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. Péron, médecin des hôpitaux, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide cephalo-rachidien, par M. R. Garcin, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de biologie, le jeudi, à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Démonstrations de malariathérapie, par M. Mollaret, chargé du centre de malariathérapie de la Salpêtrière, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, le lundi à 10 heures; M. Parfonry, ophtalmologiste des hôpitaux, le vendredi, à 14 heures et M. Hudelo, le jeudi à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mai et novembre 1935.

Un cours de séiniologie du système nerveux sera fait par M. Th. Alajouanine, médecin des hôpitaux, en janvier 1935.

Un cours sur la pathologie des nerfs craniens sera fait par M. R. Garin, médecin des hôpitaux, en janvier 1935.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand en juin 1935.

Chaire de physiologie. — I. *Cours.* — M. le professeur Léon BINET commencera son cours le lundi 12 novembre, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : *Les fonctions de nutrition.* — Les premières conférences traiteront de l' « introduction à la physiologie ».

II. *Travaux pratiques et conférences pratiques.* — A. M. L. Garrelon, chef des travaux, fera des travaux pratiques les lundis, mercredis et vendredis, à 14 heures, au laboratoire des travaux pratiques. Ces travaux seront choisis parmi les principaux sujets de la physiologie et une note sera donnée, après interrogation, en fin d'année.

B. Des conférences pratiques obligatoires commenceront le lundi 19 novembre au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 14 heures. Ces conférences, qui auront lieu tous les lundis, seront réservées aux étudiants de 2e année et porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année. Elles seront faites par le professeur Léon Binet, MM. Chailley-Bert, R. Gayet, P. Gley, L. Justin-Besançon, Mlle F. Gueylard, MM. M. Laudat, Georges Morin, L. Plantefol.

III. *Conférences de physiologie clinique.* — Des conférences de physiologie clinique auront lieu le dimanche matin, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Necker.

Elles seront faites par le professeur Léon Binet, par le professeur René Fabre, MM. J. Haguenau et A. Lemaire, agrégés, et J. Decourt, médecin des hôpitaux ; M. Welti, chirurgien des hôpitaux ; H. Bayle, assistant à l'hôpital Cochin ; MM. M. Kaplan, Julien Marie, M. Sureau, M. Thomas, anciens internes des hôpitaux ; Mmes C. Jeramec et J. Roudinesco ; MM. Roger Couvelaire, Jean Gosset, J. Patel et A. Sicard, prosecteurs et anciens prosecteurs à la Faculté. Elles commenceront le dimanche 26 novembre.

Cours complémentaire de physiothérapie (chaire de thérapeutique). Professeur : M. Maurice LŒPER. — Ce cours sera fait au grand amphithéâtre de la Faculté, à 5 heures, par M. le professeur Strohl et M. le Dr Dognon, agrégé.

Vendredi 16 *novembre.* — M. Dognon : Généralités sur les courants électriques utilisés en médecine. Applications médicales de l'électrolyse.

Samedi 17 *novembre.* — M. Strohl : Electrothérapie des affections nerveuses.

Vendredi 23 *novembre.* — M. Dognon : Générateurs des courants de haute fréquence. Applications chirurgicales.

Samedi 24 *novembre.* — M. Strohl : Ondes courtes et

NOUVELLES *(Suite)*

applications médicales des courants de haute fréquence.

Vendredi 30 *novembre.* — M. Dognon : Principes généraux de radiothérapie. Radiothérapie des affections non cancéreuses.

Samedi 1er *décembre.* — M. Strohl : Corps radioactifs utilisés en médecine. Modes d'application.

Vendredi 7 *décembre.* — M. Dognon : Curiethérapie et radiothérapie profonde.

Samedi 8 *décembre.* — M. Strohl : Photothérapie. Lumière et infra-rouge.

Vendredi 14 *décembre.* — M. Dognon : Actinothérapie.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Maurice CHEVASSU a commencé son cours le mardi 6 novembre 1934, à 17 heures, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

PROGRAMME : *Grands processus morbides, pathologie réno-urétérale.*

Conférences d'anatomie descriptive. — M. le professeur E. OLIVIER a commencé ces conférences le mardi 6 novembre 1934, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : *Anatomie de la tête, du cou et du thorax.*

Cours de médecine légale. — M. le professeur BALTHAZARD commencera son cours le lundi 12 novembre 1934, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine; le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, de novembre et décembre.

SUJET DU COURS : Attentats à la pudeur ; viol et perversions sexuelles ; hermaphrodisme ; avortement criminel et infanticide ; coups et blessures le problème de l'identité ; anthropométrie et dactyloscopie ; examen des taches, poils, etc.

Institut de médecine légale et de psychiatrie. — La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théoriques* de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.

Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 18 heures à 19 heures, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1934, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1935.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis.

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles. par M. Duvoir, agrégé (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle).

4° Accidents du travail maladies professionnelles, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé de l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas) pendant le semestre d'hiver, de 14 heures à 15 heures.

. Le mercredi, par M. le professeur Balthazard et par M. Duvoir agrégé.

. Le lundi, par M. le docteur Piédelièvre agrégé.

Le vendredi, par M. le Dr Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures,

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico légale), les lundis, de 3 heures à 4 h. 30, sous la direction de M. le Dr Dervieux, chef des travaux, de M. le Dr Piédelièvre, agrégé et de MM. Dérobert et Fourault préparateurs,

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 15 heures à 16 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles, sous la direction de M. le professeur Baltahzard, assisté de MM. les Drs Duvoir, Piédelièvre et Dervieux, le mercredi, à 15 heures, à partir du 9 janvier 1935 (laboratoire de médecine légale à l'Institut médico-legal).

PSYCHIATRIE. — *Cours de clinique psychiatrique.* Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h. 30, à la clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure (asile Sainte-Anne). Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matins.

Examen des malades et rédaction des rapports. — M. le Dr A. Cellier, médecin expert, dirigera ces exercices à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 15 h. 30 à 17 h. 30.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. ou 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 60 fr. ; 1 droit d'immatriculation, 40 fr.,; 4 droits trimestriels de laboratoire de 150 fr. ; soit, 600 fr. ; 1 droit d'examen, 20 fr.

Lois sociales (chaire de médecine légale). — *Accidents du travail et maladies professionnelles.* — *Pensions aux mutilés de guerre.* — *Assurances sociales.* — *Assistance médicale gratuite.*

Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le professeur Balthazard, tous les jeudis, à 18 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

15 *et* 22 *novembre.* — M. Balthazard : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du

NOUVELLES *(Suite)*

travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jusrisprudence. Barême des incapacités permanentes.

29 *novembre*. — M. Laignel-Lavastine : Hémorragies méingées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale. Méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès.

6 *décembre*. — M. Lévy-Valensi : Lésions médullaires et vertébrales traumatiques. Compressions : commotions médullaires. Affections de la moelle ; tabes. Névrites.

13 *décembre*. — M. Henri Claude : Psychoses et névroses traumatiques.

20 *décembre*. — M. Gougerot : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

10 *janvier*. — M. Piédelièvre : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

17 *janvier*. — M. Proust : Lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail.

24 *janvier*. — M. Belot : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

31 *janvier*. — M. Dervieux : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928) et assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

7 *février*. — M. Duvoir : La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Maladies saturnines et hydrargyriques.

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, sous la direction de M. le professeur Balthazard.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine). — **Cours de perfectionnement sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.** — Ce cours, qui aura lieu du 19 au 29 novembre 1934, sera fait par : M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne, lauréat des hôpitaux, 1er assistant du service ; Deparis, Even, Facquet, F.-P. Merklen, Odinet, Pautrat, P. Puech, anciens internes service ; Golblin, assistant d'électrocardiographie ; Marchal, assistant de radiologie ; Baraige, assistant de laboratoire ; Kovatcheff, assistant étranger ; Abaza, interne du service.

Tous les matins, à 10 heures. Conférence clinique avec projections ; à 11 heures, Exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midis, à 15 heures et à 17 h. 30, Conférences cliniques avec projections. A 16 heures, Démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc.) ou Exercices cliniques (présentation de malades).

Programme. — *Lundi* 19 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Remarques générales sur l'examen clinique du cœur. — 11 heures. M. Blondel : Exercices cliniques ; — 15 heures. M. Blondel : Endocardites malignes. — 16 heures. M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 30. M. Haguenau : Endocardite aiguë rhumatismale.

Mardi 20 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures. M. Gilbert-Dreyfus : Insuffisance mitrale. — 16 heures. M. Pautrat : Démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique. — 17 h. 30. M. Blondel : Rétrécissement mitral.

Mercredi 21 *novembre*. — 10 h. M. Lian : Insuffisance aortique rhumatismale. — 11 heures. M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures. M. Blondel : Rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique. — 16 heures. M. Golbin : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 30. M. Marchal : La radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Jeudi 22 *novembre*. — 10 heures. M. Blondel : Péricardites aiguës et subaiguës. — 11 heures. MM. Lian et Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. Gilbert-Dreyfus : Affections valvulaires du cœur droit. — 16 heures. M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 30. M. Haguenau : Insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 23 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures. M. Blondel : Péricardite chronique et symphyse péricardique. — 16 heures. M. Kovatcheff : Inhalations, injections sous-cutanées et intraveineuses de gaz carbonique. — 17 h. 30. M. Welti : Traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 24 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Les données de la phonocardiographie. — 11 heures. M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. 15 heures. M. Merklen : Cardiopathies traumatiques. — 16 heures. M. Puech : Démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 30. M. Blondel : Syndromes myocardiques aigus.

Lundi 25 *novembre*. — 10 heures. M. Blondel : Hypodynamie du myocarde. — 11 heures. M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes. — 15 heures. M. Blondel : Infarctus du myocarde. — 16 heures. M. Baraige : Technique de la mesure du métabolisme basal et du débit cardiaque. — 17 h. 30. M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 26 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Conférence-consultation. — 15 heures. M. Deparis : Anévrysmes de l'aorte. — 16 heures. M. Facquet : Mesure de la vitesse circulatoire. — 17 h. 30. M. Blondel : Syphilis du myocarde.

Mercredi 27 *novembre*. — 10 heures. M. Lian : Aortites de la crosse. — 11 heures. M. Blondel : Exercices cliniques. — 15 heures. M. Blondel : Artérites pulmonaires. — 16 heures. M. Even : Pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse. — 17 h. 30. M. Gilbert-Dreyfus : Aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 28 *novembre*. — M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures. M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures. M. Odinet : Cardiopathies congénitales. — 16 heures. M. Odinet : Exercices cliniques. — 17 h. 30. M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi

NOUVELLES *(Suite)*

régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grand syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le cours de juin 1935 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydrominérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès de M. Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Cours de pathologie médical et générale. — M. le professeur BAUDOUIN commencera son cours le lundi 19 novembre à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — *Maladies des méninges. Pathologie du liquide céphalo-rachidien.*

Cours de pathologie chirurgicale. — M. SÉNÈQUE, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 7 novembre 1934, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : *Membres supérieurs.*

Cours de pharmacologie. — M. le professeur TIFFENEAU a commencé son cours le mercredi 7 novembre, à 16 heures, et le continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

SUJET DU COURS : *Médicaments du système nerveux central et périphérique.*

Cours de pharmacologie. — Mlle Jeanne LÉVY, agrégée, a commencé ses leçons le jeudi 8 novembre 1934, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre et décembre 1934.

OBJET DU COURS : *Eléments de pharmacologie générale. Rapport entre la constitution chimique des médicaments et leur action pharmacodynamique. Dosages biologiques des substances médicamenteuses.*

Clinique médicale de la Pitié. — M. CLERC commencera le lundi 12 novembre un enseignement clinique destiné aux stagiaires, selon le programme ci-dessous :

Les vendredis, à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur.

Tous les jours, de 10 heures à 11 h. 30 : Présentation de malades dans les salles.

Les mardis et les samedis, à 10 heures : Consultation spéciale pour les maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Présentation de malades par le professeur et les chefs de clinique.

Tous les matins, de 9 heures à 10 heures : Leçon de sémiologie élémentaire par les chefs de clinique.

A partir du 14 janvier 1935, Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux.

L'enseignement complet de la clinique débutera en mars 1935.

Leçons d'embryologie. — M. GIROUD, agrégé, a commencé une série de leçons d'embryologie, le lundi 5 novembre 1934, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continue tous les jours suivants, à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme.

Cours de clinique chirurgicale de la Salpêtrière. — M. le professeur A. GOSSET commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 15 novembre 1934, à 11 h. 15, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Professeur : M. A. GOSSET). — Programme de l'enseignement fait avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté ; D. Petit-Dutaillis, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; J. Charrier, Leibovici, Thalheimer et P. Funck-Brentano, chirurgiens des hôpitaux ; René-A. Gutman, médecin des hôpitaux ; Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes ; Georges Lœwy, G. Seille, R. Sauvage et Lecœur, anciens chefs de clinique ; Jean Gosset, Longuet, Hepp et Ménière, chefs de clinique.

Mercredi, à 10 heures : Opérations par le professeur.

Jeudi, à 11 h. 15 : Leçon par le professeur.

Samedi, à 11 heures : Visite des salles.

Lundi et vendredi, à 11 heures : Radio-diagnostic par M. Ledoux-Lebard.

Mardi et jeudi, à 9 h. 30 : Opérations par les assistants.

Mardi et samedi, à 10 heures : Opérations de neurochirurgie, par M. D. Petit-Dutaillis.

Samedi, à 10 heures : Présentation de pièces, par M. Ivan.

Tous les jours à 9 h. 30 : Conférence de sémiologie chirurgicale.

CONSULTATIONS. — *Chirurgie générale.* — Consultations tous les jours à 9 heures ; MM. les docteurs P. Barragne et Marcel Blondin, anciens chefs de clinique.

Lundi, mercredi et vendredi, 9 h. 30, M. le Dr Petetin : Voies urinaires.

Mardi, jeudi et samedi, 9 heures, Mme le Dr Francillon-Lobre : Gynécologie.

Mardi, 9 heures, M. le Dr Ledoux-Lebard : Radiothérapie.

Vendredi, 10 heures, M. le Dr Wallon : Curiethérapie.

Lundi et vendredi, 10 heures, Mme le Dr Geismar : Electrothérapie.

Lundi, mardi, vendredi et samedi, 10 heures, M. le Dr René-A. Gutmann : Gastro-entérologie (présentation de malades).

Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 8 h. 30, M. le Dr René-A. Gutmann : Gastrophotographie.

Samedi, 10 h. 30, M. le Dr A. Moulonguet : Gastroscopie.

Lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 9 heures, Mme le Dr Harmelin-Lines : Gastro-entérologie.

Samedi, 9 heures, M. le Dr Jahiel. Gastro-entérologie.

Mardi, jeudi et samedi, 9 heures, M. le Dr Vaudremer : Tuberculoses chirurgicales.

Lundi, 9 heures : M. le Dr Munch, Oto-rhino-laryngologie.

1er et 3e mardis, 11 heures, M. le Dr Paul-J. Petit : Ophtalmologie.

NOUVELLES *(Suite)*

Samedi, 9 heures, M. le Dr Savignac : Rectoscopie.

Mercredi, 9 heures, M. le Dr Soulas : Bronchoscopothérapie et Œsophagoscopie.

Consultations pour les anciens opérés du service :

Samedi, 10 heures, M. le Dr René-A. Gutmann : Gastro-entérologie.

Lundi, 10 heures, M. le Dr Georges Lœwy : Chirurgie générale.

Une consultation spéciale de gastro-entérologie est faite dans le service, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures, par M. le Dr Lenoir, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine.

Cours élémentaire de sémiologie psychiatrique. Clinique des maladies mentales. — SUJETS DU COURS :

18 *novembre.* — M. le Dr Lévy-Valensi : Généralités. Examen d'un psychopathe.

25 *novembre.* — M. le Dr Codet : Obsessions. Phobies. Impulsions.

2 *décembre.* — M. le Dr Lévy-Valensi : Perversions. Toxicomanies.

9 *décembre.* — M. le Dr Baruk : Hallucinations.

16 *décembre.* — M. le Dr Borel : Idées délirantes.

6 *janvier.* — M. le Dr Lévy-Valensi : Syndromes d'excitation.

13 *janvier.* — M. le Dr Lévy-Valensi : Syndromes de dépression.

20 *janvier.* —M. le Dr Borel : Syndromes confusionnels (1re leçon).

27 *janvier.* — M. le Dr Borel : Syndromes confusionnels (2e leçon).

3 *février.* — M. le Dr Cellier : Troubles mentaux de l'épilepsie.

10 *février.* — M. le Dr Cénac : Syndromes dimentiels (1re leçon).

17 *février.* — M. le Dr Cénac : Syndromes dimentiels (2e leçon).

24 *février.* — M. le Dr Cénac : Syndromes démentiels (3e leçon).

3 *mars.* — M. le Dr Baruk. : Psychiatrie infantile (1re leçon).

10 *mars.* — M. le Dr Baruk : Psychiatrie infantile (2e leçon).

17 *mars.* — M. le Dr Ceillier : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades).

Ce cours facultatif, public et gratuit est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 heures, à l'asile clinique, 1, rue Cabanis (XVIe), à partir du dimanche 18 novembre 1934.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicale (chaire de physique médicale : Professeur, M. André STROHL, et **Institut du Radium** : Directeurs, Dr Cl. REGAUD et X...).

Cet enseignement est organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.

Première partie. I. COURS. — *Physique des rayons X. Radioactivité. Technologie.* — *Lundi* 12 *novembre.* — M. A. Strohl : Émission des rayons X.

Mardi 12 *novembre.* — M. A. Strohl : Absorption des rayons X.

Mercredi 14 *novembre.* — M. Dauvillier : Tubes à gaz. Soupapes. Régulateurs.

Jeudi 15 *novembre.* — M. Dauvillier : Tubes Coolidge. Kénotrons.

Vendredi 16 *novembre.* — M. Ferroux : Principaux types d'appareillages radiologiques.

Samedi 17 *novembre.* — M. Ferroux : Montages. Dispositifs de protection.

Lundi 19 *octobre.* — M. Dognon : Quantitométrie des rayons X.

Mardi 20 *novembre.* — (*) M. Joliot : Le rayonnement des radio-éléments.

Mercredi 21 *novembre.* — M. Holweck : Analyse du rayonnement X.

Jeudi 22 *novembre* — (*) Mme Joliot-Curie : La chimie des ardio-éléments.

Vendredi 23 *novembre.* — M. Holweck : Purification et extraction du radon.

Samedi 24 *novembre.* — (*) M. Laporte : Les mesures en radioactivité.

Radiodiagnostic. — *Lundi* 26 *novembre.* — M. Ledoux-Lebard : Le radiodiagnostic (généralités). Principes. Rapports avec la clinique. Examen des malades.

Mardi 27 *novembre.* — M. Ledoux-Lebard : Technique de la radioscopie.

Mercredi 28 *novembre.* — M. Ledoux-Lebard : Technique de la radiographie.

Jeudi 29 *novembre.* — M. Zimmern : Corps étrangers et localisation.

Vendredi 30 *novembre.* — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Lundi 3 *décembre.* — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Mardi 4 *décembre.* — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Mercredi 5 *décembre.* — M. Ledoux-Lebard : Système osseux. Os et articulations.

Jeudi 6 *décembre.* — M. Maingot : Crâne. Face. Œsophage.

Vendredi 7 *décembre.* — M. Dioclès : La stéréoradiographie.

Samedi 8 *décembre.* — M. Belot : Dents.

Lundi 10 *décembre.* — M. Belot : Appareil urinaire.

Mardi 11 *décembre.* — M. Belot : Appareil urinaire.

Mercredi 12 *décembre.* — M. Ledoux-Lebard : Appareil génital. Grossesse.

Jeudi 13 *décembre.* — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Vendredi 14 *décembre.* — M. Bordet : Cœur. Aorte. Vaisseaux.

Samedi 15 *décembre.* — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Lundi 17 *décembre.* — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

Mardi 18 *décembre.* — M. Delherm : Poumons. Plèvre. Médiastin.

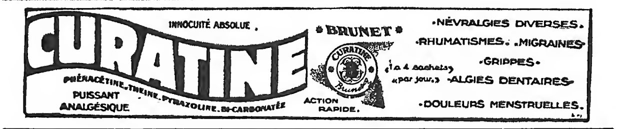
Mercredi 19 *décembre.* — M. Maingot : Estomac normal.

Jeudi 20 *décembre.* — M. Maingot : Estomac pathologique.

Vendredi 21 *décembre.* — M. Maingot : Estomac pathologique.

Jeudi 3 *janvier.* — M. H. Beclère : Duodénum.

Vendredi 4 *janvier.* — M. H. Beclère : Duodénum.



CURATINE
INNOCUITÉ ABSOLUE
PHÉNACÉTINE. THEINE. PYRAZOLINE. BI-CARBONATÉE
PUISSANT ANALGÉSIQUE
BRUNET
ACTION RAPIDE.
1 à 4 sachets par jour.
NÉVRALGIES DIVERSES.
RHUMATISMES. MIGRAINES.
GRIPPES.
ALGIES DENTAIRES.
DOULEURS MENSTRUELLES.

NOUVELLES *(Suite)*

Lundi 7 janvier. — M. H. Beclère : Foie. Rate. Pancréas.

Mardi 8 janvier. — M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon.

Mercredi 9 janvier. — M. Aubourg : Intestin grêle. Côlon.

Jeudi 10 janvier. — M. Ledoux-Lebard : Interprétation et causes d'erreur.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures, sauf celles marquées d'une astérisque, qui auront lieu à l'amphithéâtre du laboratoire de physique de l'Institut du Radium, 1, rue Pierre-Curie, à 17 heures.

II. Démonstrations. — a. *Physique. Technologie.* — *Lundi 12 novembre.* — M. A. Dognon : Courant alternatif. Transformateurs.

Mercredi 14 novembre. — M. A. Dognon : Générateurs. Moteurs.

b. *Radiodiagnostic.* — Des présentations de radiographies se rapportant aux sujets du cours seront faites par MM. Lepennetier, Morel-Kahn, Nadal, Porcher et Moret, électroradiologistes et assistants des hôpitaux.

Ces démonstrations auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris, à 17 heures.

Les dates des démonstrations de radiodiagnostic seront annoncées au cours.

III. Travaux pratiques. — Des exercices pratiques portant sur la technique radiologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. Turchini, chef des travaux de physique. Des visites d'usines compléteront la série des exercices pratiques.

IV. Stages. — Pendant la première série du cours, les élèves accompliront un stage de radiodiagnostic dans l'un des services suivants :

M. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électroradiologie.

M. Beaujard, hôpital Bichat, service de radiologie.

M. Henri Béclère, hôpital de Vaugirard, laboratoire de radiologie du professeur Pierre Duval.

M. J. Belot, hôpital Saint-Louis, service central d'électroradiologie.

M. Cottenot, hôpital Broussais, service d'électroradiologie.

M. Darbois, hôpital Tenon, service de radiologie.

M. Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électroradiologie.

M. Duhem, hôpital des Enfants-Malades, service d'électroradiologie.

MM. Lagarenne et Dioclès, Hôtel-Dieu, clinique médicale du professeur Carnot.

M. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, hôpital de la Salpêtrière, laboratoire de radiologie du professeur Gosset.

M. Maingot, hôpital Laennec, service d'électroradiologie.

M. Ronneaux, hôpital de la Charité, service d'électroradiologie.

M. Solomon, hôpital Saint-Antoine, service de radiologie.

M. Zimmern, agrégé, Institut municipal d'électroradiologie.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. B. Weill-Hallé fera les lundis et mardis à 11 heures, à l'annexe Henri-Roger, des leçons de diététique et de pédiatrie pratiques, avec le concours de MM. les Drs Chabanier, Claire Vogt, Aubert, Delthil, de Mlle Lion et de M. Facquet, internes du service.

Lundi, à 10 heures : Visite de la nouvelle crèche et exposé clinique ; à 11 heures : Leçon de diététique du nourrisson à l'annexe Henri-Roger.

Mardi, à 10 heures : Visite de la salle Henri-Roger et exposé clinique ; à 11 heures : Leçon de pédiatrie élémentaire à l'annexe Henri-Roger.

Mercredi, à 10 heures : Consultations de nourrissons.

Jeudi, à 10 heures : Consultation et vaccination antituberculeuse par le BCG, à l'annexe Henri-Roger.

Vendredi, à 10 heures : Consultation externe, clinique et thérapeutique.

Samedi, à 10 heures : Visite des crèches et exposé clinique.

Hôpital Lariboisière (Service de M. Devraigne). — MM. Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront, le 15 novembre 1934, à 21 heures, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Le cours comprendra 8 leçons de deux heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Programme. — *a*) Traitement des métrites. Le filhos : M. J. Seguy. — *b*) Traitement des salpingites : M. J. Seguy. — *c*) Courant continu et courant faradique en gynécologie : M. J. E. Marcel. — *d*. La haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc., et présentation d'appareils : M. J. E. Marcel. — *e*) La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J. E. Marcel. — *f*) Rayons ultra violets et infra-rouges. Indications générales de l'électrothérapie en gynécologie. Crénothérapie. Emanothérapie : M. J.-E. Marcel. — *g*) Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. Seguy. — *h*) Endrocrinologie ovarienne : M. J. Seguy.

Prix du cours : 250 francs.

Les leçons théoriques auront lieu après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Les exercices pratiques se feront par séries ; le matin ou l'après-midi.

Prière de s'inscrire dans le service de M. Devraigne, à la Maternité Lariboisière.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Un cours de revision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne aura lieu du 12 au 17 novembre 1934, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux ; P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux, Joannon, agrégé ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux;

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 30 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 12 : M. Lian, hôpital Tenon. — Mardi 13 : M. Aubertin, hôpital de la Pitié. — Mercredi 14 : Professeur Sergent, hôpital Broussais. — Jeudi 15 : M. Fernet, hôpital Broca (service de M. Weissenbach). — Vendredi

NOUVELLES *(Suite)*

16 : M. Chabrol, hôpital Saint-Antoine. — Samedi 17 : M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital Broussais : de 3 à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 15 à 5 h. 15 et 5 h. 30 à 6 h. 30, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 12 : 3 à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose); 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Lian (cœur et vaisseaux) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 13 : 3 à 4 heures, M. Lian (cœur vaisseaux) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Périsson (neurologie) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 14 : 3 à 4 heures, M. Périsson (neurologie) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 30 à 6 heures, M. Harvier (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 30, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 15 : 3 à 4 heures, M. Fernet (peau et syphilis) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, M. Gaston Durand (intestin).

Vendredi 16 : 3 à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Gaston Durand (estomac) ; 5 h. 30 à 6 heures, M. Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 30, M. Aubertin (sang).

Samedi 17 : 3 à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie) ; 4 h. 15 à 5 h. 15, M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 30 à 6 h. 30, professeur Sergent (appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès de M. Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 5 *Novembre.* — M. Gilbrin, Recherches sur le génie épidémique. Etude du pouvoir pathogène et du pouvoir toxigène du bacille diphtérique.

6 *Novembre.* — M. Bourrouet, Les origines ethnographiques de l'hygiène. — M. de Gassicourt, Joseph Souberville, neveu de frère Côme. — M. Chabreyroux, Etudes des extraits thymiques et orchitiques.

8 *Novembre.* — M. Cassaigne, Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses.

Thèse vétérinaire. — 6 *Novembre.* — M. Stévenin, Approvisionnement en lait de la ville de Strasbourg et contrôle hygiénique du lait.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

10 Novembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 h. 30. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

10 Novembre. — *Paris.* Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

10 Novembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

10 Novembre. — *Paris.* Hôpital Cochin, 10 heures, M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

10 Novembre. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 heures. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

10 Novembre. — *Rouen.* Concours de médecin ophtalmologiste adjoint et assistant des hôpitaux de Rouen.

10 Novembre. — *Grenoble.* Préfecture. Dernier délai d'inscription pour le concours sur titres pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint chargé des dispensaires antituberculeux de l'Isère.

10 Novembre. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription des candidats au poste de médecin-chef du service de neuropoychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

12 Novembre. — *Lyon.* Concours de médecin des hôpitaux de Lyon.

12 Novembre. — *La Roche-sur-Yon.* Concours de chirurgien ajdoint de l'hôpital de La Roche-sur-Yon.

12 Novembre. — *Paris.* Ambassade d'Autriche (Hôtel Majestic), 17 heures. M. le professeur Aschner : Conférence : « La crise de la médecine ».

13 Novembre. — *Paris.* chez M. Claoué, 39, rue Scheffer, 21 heures. M. le professeur Aschner : Conférence : « La constitution thérapeutique ».

13 Novembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur Grégoire : Leçon clinique.

13 Novembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le prosseur Marcel Labbé : Leçon clinique.

14 Novembre. — *Paris.* Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures. M. le professeur Sergent : Leçon clinique.

14 Novembre. —*Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, clinique de la première enfance, 10 h. 45. M. le professeur Lereboullet : Leçon clinique.

14 Novembre. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur Claude : Leçon clinique.

14 Novembre. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur Laignel-Lavastine : Leçon clinique.

14 Novembre. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Vingts. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

15 Novembre. — *Dijon.* Institut d'hygiène et de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté (école d'aides de laboratoire de bactériologie pour jeunes filles) : Rentrée de l'école.

15 Novembre. — *Paris.* Ecole d'anthropologie, 16 heures. M. le professeur Aschner : Conférence : « La constitution chez l'homme ».

15 Novembre. — *Paris.* Ecole centrale de puériculture. Réouverture des cours à 16 heures, 5, rue Las Cases.

15 Novembre. — *Brest.* Concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie.

15 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements)

15 Novembre. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) des hôpitaux de Paris.

15 Novembre. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur Gosset : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers, 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique thérapeutique, 10 heures. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

15 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 10 heures : M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

16 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

19 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* École du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'agrégation des Facultés de médecine, deuxième degré.

22 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Rouen.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. PARANDEL : Falsifications alimentaires. Comment en déceler quelques unes facilement.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr René FAUVEL : Que penser des cures de rajeunissement.

24 NOVEMBRE. — *Melun.* Hôpital. Concours de l'internat de l'hôpital de Melun.

24 NOVEMBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Quinze-Vingts. Concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

30 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

30 NOVEMBRE. — *Saint-Etienne.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

30 NOVEMBRE. — *Mâcon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin inspecteur d'hygiène en Saône-et-Loire.

1er DÉCEMBRE. — *Rabat* (Direction de la santé et de l'hygiène publique). Clôture d'inscriptions pour le concours du prix Lyautey et Steig.

3 DÉCEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin suppléant d'électro-radiologie de l'hôpital d'Oran.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne, 20 h. 30 (mairie du VIe arrondissement). M. GEORGIA KNAP : Le rhumatisme s'efface rapidement comme le crayon sous la gomme par la pratique du végétarisme.

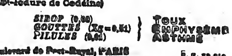
6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr Gaston ELIET : Exposé général de la médecine naturelle.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.





NOUVELLES *(Suite)*

10 Décembre. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours de nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 Décembre. — *Montevideo.* Congrès panaméricain de tuberculose.

10 Décembre. — *Paris.* Concours pour le poste de médecin-chef du service de neuropsychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

12 Décembre. — *Alger.* Gouvernement générale de l'Algérie. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Menerville.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Nous résumerons un travail remarquable de Barbellion (*Journal de médecine de Paris*, n° 29, 1934) qui est le résultat de recherches poursuivies à la clinique de Necker, dans le service du professeur Legueu, depuis 1923. Il s'agit donc ici du traitement de la blennorragie à l'hôpital que nous envisagerons tout d'abord. En voici les conclusions :

Considérations générales :

1° Non soignée, ou soignée par quelque traitement que ce soit, dans plus de la moitié des cas la blennorragie atteint l'urètre postérieur.

2° Aucun traitement (ni lavage, ni vaccin, ni chimiothérapie) n'empêche à coup sûr les complications, les cas prolongés, les rechutes.

3° Les lavages au permanganate réalisent le meilleur traitement. Ils présentent :

a. Des avantages : guérison rapide, rareté des rechutes, rareté des cas prolongés, pas de rétrécissements.

b. Des inconvénients : difficulté d'application hospitalière, si l'on veut des lavages bien faits. Les lavages mal faits causent souvent des complications.

c. Des contre-indications : blennorragie suraiguë par exemple.

Cependant, le travail de Barbellion nous est précieux en dehors de l'hôpital, et ses applications débordent dans la pratique journalière de la clientèle. En effet, si, comme le dit justement l'éminent praticien, les lavages sont d'une application journalière difficile et présentent de ce fait un inconvénient grave, puisque les lavages mal faits causent souvent des complications, ils laissent plus encore à désirer dans les familles qui sont privées du personnel compétent et des moyens spéciaux dont disposent les services hospitaliers. Ainsi donc le praticien ne peut s'attendre qu'à des déboires si lui-même ne surveille pas l'administration des lavages. Devra-t-il alors recourir aux vaccins ? Les résultats de Barbellion nous donnent la réponse :

Vaccinothérapie. — Nous avons utilisé tous les stocks-vaccins courants et des auto-vaccins de diverses concentrations.

1° Vaccinothérapie locale. Injections urétrales de vaccins colloïdo-microbiens.

Quelques succès intéressants, mais trop de complications. Abandonné.

2° Vaccinothérapie générale.

A. Vaccins seuls. Des blennorragies récentes ont reçu 8, 10, 20, 30 piqûres de vaccin (une tous les deux jours).

80 p. 100 d'échecs (un à deux mois de traitement) ;

10 p. 100 de guérisons (un à deux mois) ;

10 p. 100 de guérisons apparentes ; rechutes.

B. Vaccins suivis de lavages. Les malades ayant reçu 8 à 10 piqûres de vaccin et non guéris (80 p. 100), soumis ensuite aux lavages, se comportent comme s'ils n'avaient pas reçu de vaccin (laisser couler).

C. Vaccins et lavages. La méthode des lavages ne semble pas améliorée par une vaccinothérapie concomitante, ni au point de vue durée, ni au point de vue complications.

Conclusion. — Résultats peu probants, même avec des vaccins pyrétogènes, mal supportés des malades et souvent refusés.

Par contre, il est intéressant pour le praticien de se rappeler les bons résultats qu'a obtenus Barbellion avec un médicament déjà ancien : l'*Eumictine*. Pour lui, si ce médicament nécessite un traitement trop prolongé, il a l'avantage incontestable, par voie buccale, d'agir rapidement sur la douleur et l'écoulement. N'est-ce pas là le plus bel éloge ? Ainsi le complexe santalol, salol, hexaméthylène-tétramine, qui constitue l'Eumictine, à la dose de 10 à 12 capsules en vingt-quatre heures, agit efficacement, tout en permettant aux malades de se soigner facilement, sûrement et sans perte de temps. Dans les cas suraigus, les lavages sont formellement contre-indiqués, l'Eumictine s'impose plus encore et, associée à deux injections intraveineuses de gonacrine par semaine, elle constitue, pour Barbellion, le traitement de choix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GARANTIES DU MÉDECIN CONTRE LA SAISIE, D'APRÈS LES LOIS RÉCENTES

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse.

Les limites à la saisie du traitement des employés et fonctionnaires publics restaient jusqu'à ces tout derniers temps régies par la loi du 21 ventôse an IX. Inutile d'insister sur les importants et nombreux changements au prix de la vie survenus depuis lors. La saisie des traitements privés était soumise à deux lois beaucoup plus proches de notre époque, celles des 12 janvier 1895 et 27 juillet 1921. Toutes deux, étant antérieures à la *stabilisation* des monnaies (loi 25 juin 1928), se trouvaient en complet désaccord avec le prix de la vie. Quant aux objets insaisissables, leur valeur maxima restait fixée au chiffre déterminé, en 1806, par le Code de procédure civile.

Il était donc nécessaire de reviser complètement l'ensemble de ces évaluations. Ce fut, au cours de ces dernières années, l'objet de trois grandes lois successives : celle du 4 août 1930 sur l'insaisissabilité des salaires et traitements privés, celle du 24 août 1930 sur l'insaisissabilité des appointements et traitements des employés et fonctionnaires publics, celle du 13 avril 1932 modifiant l'article 592 du Code de procédure civile.

Faute de garanties qui leur soient propres, les médecins sont en droit d'invoquer celles de tous. En général, les auteurs admettent à leur profit une très large interprétation des textes.

I. — Insaisissabilité des instruments de travail.

Aux termes de l'article 592, Code de procédure civile (modifié par la loi du 13 avril 1932) : « Ne peuvent être saisis... 3° les livres relatifs à la profession du saisi, jusqu'à concurrence de 5 000 francs à son choix ; 4° les machines et instruments servant à l'enseignement pratique et exercice des sciences et arts, jusqu'à concurrence de la même somme, et au choix du saisi. »

Avant d'examiner comment se calcule cette somme maxima, rappelons d'un mot les livres soumis à cette insaisissabilité. Pratiquant une profession scientifique et libérale, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes peuvent invoquer l'insaisissabilité des deux catégories d'objets ci-dessus.

Les livres à entendre sont des publications scientifiques ou pratiques relatives à leur profession, sans distinguer d'après leurs dimensions (volumes, brochures, revues, journaux), ni leur mode d'écriture (impression, dactylographie, calligraphie). Les manuscrits émanant du saisi lui-même sont essentiellement insaisissables pour le tout, et le médecin n'en tiendra pas compte pour calculer la valeur maximum des autres livres qu'il peut conserver. On ne comprendra pas non plus dans cette somme les registres de comptabilité de toute espèce, qui ne sont pas non plus saisissables. Évidemment les créanciers n'ont pas intérêt à les faire vendre ; au contraire, il leur importe que leur débiteur les conserve pour établir ses droits vis-à-vis de ses propres débiteurs.

Quant aux machines et instruments de leur profession, l'on y comprendra tous ceux et celles qui servent au médecin pour traiter les malades, pratiquer les opérations chirurgicales, faire des autopsies, etc. Les appareils radiologiques, électrothérapiques, etc., les plus perfectionnés peuvent bénéficier de cette exception à la saisie.

Plus délicate est la question du mobilier garnissant le cabinet du médecin Une distinction paraît s'imposer entre les meubles spécialement confectionnés pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie (tables ou lits d'examen ou d'opération) et les meubles d'ordre courant (sièges, tables, etc.). Les premiers rentrent dans les « instruments ou machines », *lato sensu*, servant à son art ; les seconds, à l'inverse, demeurent soumis à la saisie (Toulouse 20 déc. 1906, *Sirey* 1913.2.109). De même a-t-on déclaré saisissables les chevaux et voitures servant au médecin à visiter ses malades, et cette solution s'étendrait évidemment aux autos, motos et cycles (Trib. Cass. 4 déc. 1899 ; *Ann. hyg. pub.*, 1900, t. XLIV, p. 469).

Les biens insaisissables ne bénéficient de cette exemption que pour une valeur nominale de 5 000 francs. L'évaluation se fait d'un commun accord entre le saisi et l'huissier procédant à la saisie. En cas de différend persistant, le saisi se rend sur l'heure devant le président du tribunal civil, qui statue aussitôt en « référé ».

On décide, en outre, que dans les professions comme la médecine utilisant à la fois des instruments et des livres, le saisi peut cumuler 5 000 francs des uns et des autres. Bien plus, dans les professions libérales où une collection de livres ou d'instruments forme un tout complet, perdant son utilité par la dissémination des objets qui la composent, le saisi peut garder toute la collection comme formant un tout indivisible, fût-elle d'une valeur supérieure à 5 000 francs (Garsonnet et Cézar-Bru, *Traité de procédure*, 3e édit., t. IV, n° 88, p. 207). Il n'est évidemment pas de raison pour ne pas admettre le même principe quand la valeur d'un appareil important dépasse, à elle seule, le maximum légal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (*Suite*)

II. — Insaisissabilité des revenus professionnels.

Aux termes de l'article 61, livre Ier, Code du travail, modifié par la loi du 4 avril 1930, les salaires et traitements privés ne sont saisissables que dans la mesure suivante :

Un dixième sur la portion inférieure ou égale à 15 000 francs l'an ; un cinquième sur la portion supérieure à 15 000 francs mais n'excédant pas 25 000 francs ; un quart sur la portion supérieure à 25 000 francs mais n'excédant pas 40 000 francs ; un tiers sur la portion supérieure à 40 000 francs mais n'excédant pas 60 000 francs ; sans limitation sur la partie excédant 60 000 francs.

Ils ne sont susceptibles de cession amiable que pour une seconde fraction fixée d'après la même échelle. Les mêmes limitations sont étendues aux appointements ou traitements des employés ou fonctionnaires publics (loi 24 août 1930, art. 1er).

1° La qualité de salarié appartient à toute personne mettant ses services, même d'ordre intellectuel, à la disposition d'autrui, moyennant rémunération périodique, lorsque dans l'exécution du contrat elle est soumise, au moins pour les lignes générales, à la direction du cocontractant. Il n'en serait pas ainsi du médecin ayant promis à une société civile ou commerciale, d'en soigner les employés et ouvriers aux conditions de sa clientèle ordinaire (Aix 8 fév. 1913, *Recueil périodique de procédure*, 1913, p. 476). Est au contraire un salarié le médecin adjoint d'une clinique avec rémunération annuelle (Trib. Seine 24 mai 1921, S. 1924.2.57). Sont employés ou fonctionnaires publics, *lato sensu*, tous médecins collaborant à la marche d'un service public aux conditions prévues par les règlements et non pas en vertu d'un contrat civil analogue à ceux qu'il passe avec sa clientèle. Ainsi l'a-t-on jugé du médecin d'un bureau de bienfaisance (Trib. Lille 8 juin 1896, S. 97.2.54 ; D. P. 97.2.353) ; pour le médecin municipal et vérificateur de décès (Trib. Narbonne 26 mai 1897, S. 98.2.182 ; D.P. 97.2.353) ; pour ceux de l'assistance médicale gratuite (Trib. Beauvais 22 déc. 1899, S. 1906.2. 146 ; D.P. 105.2.53 ; Trib. Seine 6 janv. 1911, *Gaz. Trib.* 1er avril 1913 ; Voy. cependant Trib. Yvetot 4 nov. 1904, S. 1906.2.146 ; D.P. 1905.2.429).

2° Outre cette première condition de qualité de la personne, il faut, pour bénéficier de l'insaisissabilité, que sa rémunération n'excède pas le barème légal. Les chiffres qui s'y trouvent inscrits concernent uniquement la rémunération périodique annuelle. Toute autre rémunération, par exemple les honoraires payés à la visite, n'entrent pas en ligne de compte. Un médecin pourrait donc invoquer l'insaisissabilité des neuf dixièmes sur sa rémunération fixe n'excédant pas 15 000 l'an, même si grâce à ses honoraires de visites ses gains de l'année sont beaucoup plus considérables.

La partie de sa rémunération qui n'est pas périodique, ses honoraires à la visite par exemple, sont saisissables pour le tout, quel qu'en soit le chiffre. Ainsi l'a-t-on jugé pour un honoraire de 47 francs (Trib. Beauvais 22 déc. 1899 précité). Mais, en fait, ils échapperont presque toujours à toute saisie, les créanciers du médecin n'ayant aucun moyen de connaître qui les lui doit.

D'ailleurs, il n'est pas indispensable, pour bénéficier de l'insaisissabilité, que le chiffre annuel de la rémunération du médecin soit rigoureusement fixe, pourvu que les versements soient périodiques, fût-ce une fois l'an. Ainsi refuse-t-on ce privilège au médecin de l'assistance médicale gratuite payé à chaque visite ; mais on le reconnaît à celui qui est rétribué à l'abonnement et payé en bloc à des dates déterminées (Trib. Beauvais 22 déc. 1899, précité).

REVUE DES CONGRÈS

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe Congrès français de Médecine
et
XIIIe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

Québec, 27-30 août 1934.

Président : M. le professeur A. Paquet ; président-adjoint : M. le professeur E. Sergent.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement chirurgical des pancréatites.

PREMIER RAPPORT.

Traitement chirurgical des pancréatites aiguës. — MM. BROCQ (Paris) et VARANGOT (Paris). — Les résultats obtenus par la chirurgie dans le traitement des pancréatites aiguës sont loin d'être excellents et cela, sans doute, parce qu'on n'a pas encore réussi à pousser assez loin la recherche des causes initiales de ces pancréatites.

Un traitement rationnel devrait prévenir les causes d'activation du suc pancréatique, arrêter le processus lorsqu'il est déclenché et lutter contre le choc qui en est la conséquence.

Le traitement varie, suivant qu'il s'agit de formes aseptiques ou suppurées. Les formes aseptiques, qui représentent l'évolution pure de l'autodigestion pancréatique, sont les plus intéressantes.

La pathogénie de la nécrose pancréatique a donné lieu à d'innombrables travaux. On sait aujourd'hui que l'activation fortuite de la trypsine à l'intérieur de la glande constitue le point de départ de l'autodigestion pancréatique. Expérimentalement, les substances les plus diverses portées à l'intérieur du pancréas, un traumatisme, une résection partielle, peuvent déclencher l'action tryptique.

L'entérokinase et la bile peuvent exercer leur rôle en amont de la lumière intestinale. Toutefois, on ne sait pas comment la bile, qui n'active pas la trypsine *in vitro*, est capable de le faire *in vivo*, ni pourquoi le processus de la nécrose pancréatique se localise, alors que physiologiquement l'activation de la trypsine une fois déclenchée devrait se continuer de façon automatique.

Chez l'homme, certains auteurs considèrent que le processus d'autodigestion est déclenché par une lésion vasculaire, d'autres que l'activant de la trypsine pénètre dans la glande par le canal de Wirsung. Ces théories doivent contenir chacune une part de vérité et peuvent se compléter. En tout cas, il faut insister sur l'association clinique très fréquente d'une lésion des voies biliaires avec une pancréatite hémorragique.

Il existe enfin des pancréatites cryptogénétiques, poussées œdémateuses localisées qui traduisent peut-être une réaction anaphylactique locale.

La mort, fréquente dans les pancréatites aseptiques, paraît se produire par intoxication, dans des conditions analogues à celles qui suivent le choc ou certains ictères graves. L'insuffisance hépatique laisserait passer dans la circulation les substances intermédiaires du métabolisme des protides.

A côté de cette intoxication, l'atteinte profonde de l'appareil insulaire et l'intensité du choc nerveux contribuent à déterminer la mort.

On a cherché à isoler un syndrome humoral de la pancréatite hémorragique : il se caractérise par de la leucocytose, une hypochlorémie notable, une élévation des graisses totales du sang et de la cholestérine ; enfin, chez l'homme, par de l'hyperglycémie.

Le traitement des pancréatites aseptiques a été pendant longtemps considéré comme consistant uniquement dans une intervention rapide. Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs ont conseillé l'abstention.

Mais il est bien rare de faire cliniquement le diagnostic de pancréatite aiguë avec certitude, et il faut éviter de laisser évoluer un ulcère perforé ou une péritonite appendiculaire. Aussi la majorité des chirurgiens est-elle interventionniste.

Le traitement doit viser, outre son rôle diagnostique, à : 1° drainer l'épanchement, les sécrétions pancréatiques et les produits résultant de l'action digestive locale ; 2° supprimer le facteur déterminant la pancréatite et en particulier agir sur les voies biliaires ; 3° lutter contre le shock et l'intoxication ; 4° protéger le pancréas.

L'acte chirurgical consiste à découvrir le foyer pancréatique et à le drainer. On peut le faire par trois voies : l'épiploon gastro-hépatique, la mésocôlon transverse et surtout le ligament gastrocolique.

Une fois dans l'arrière-cavité de l'épiploon, s'il y a simplement œdème et nécrose au début, il convient de rompre le feuillet séreux de la glande. Si l'on se trouve en présence d'un hématome important, on l'incisera et on l'évacuera. Si l'hématome est déjà rompu, on détergera le foyer ; on tamponnera en cas d'hémorragie abondante. Inciser, évacuer, drainer, voilà l'essentiel de l'acte opératoire.

L'exploration des voies biliaires doit être faite, mais elle est parfois rendue très difficile par les circonstances opératoires. Elle peut montrer une distension des voies biliaires ou une lithiase. La plupart des auteurs sont d'accord pour pratiquer une cholécystostomie immédiate si la vésicule est distendue et l'ablation des calculs si elle en contient. Dans les cas plus rares où la distension porte sur la voie biliaire principale, il faudrait la drainer.

Enfin, on ne négligera pas d'explorer, autant que le permettront les circonstances, l'estomac et la région duodéno-jéjunale.

Parallèlement, on traitera le shock. On luttera contre l'hypochlorémie par une rechloruration massive. L'hyperglycémie commande l'insulinothérapie. Ces thérapeutiques seront poursuivies sous le contrôle des dosages du chlore et du sucre sanguin.

On essayera également d'enrayer l'extension du processus en freinant la sécrétion pancréatique ; le jeûne absolu, le lavage de l'estomac avec des solutions alcalines, l'ingestion de peptone, l'atropine, ont donné à ce sujet quelques résultats.

Dans les cas favorables, la maladie évolue vers la guérison en quinze jours à trois semaines. Mais trop souvent l'intervention n'amène aucune amélioration et la mort survient en deux à trois jours. Même si le malade passe les trente-six heures qui suivent l'opération, de nombreuses

complications peuvent se produire : extension de la nécrose, récidive précoce, suppuration de l'hématome, élimination des séquestres pancréatiques, hémorragies secondaires, apparition de faux kystes ou de fistules pancréatiques. La multiplicité de ces accidents justifie la nécessité d'une surveillance continue des malades opérés de pancréatite aiguë, qui peuvent craindre encore des récidives tardives et surtout l'évolution d'une sclérose pancréatique. Celle-ci, qui existe anatomiquement chez tous les malades guéris, peut déterminer une pancréatite chronique s'accompagnant de diabète.

La mortalité des opérés est de 30 à 50 p. 100. Toutefois, les statistiques s'améliorent par suite de la pratique du drainage des voies biliaires et des interventions plus précoces dans les formes œdémateuses et subaiguës, mieux individualisées.

On peut, d'autre part, envisager un véritable traitement prophylactique consistant dans le traitement des lésions des voies biliaires et en particulier des chlolécystites.

Les pancréatites aiguës d'origine microbienne ont été divisées en pancréatites suppurées et gangreneuses, mais cette distinction paraît bien difficile à établir. Ces formes évoluent avec une allure inflammatoire. Le plus souvent, c'est en pleine santé apparente que la crise éclate. Très rapidement, on constate dans la région épigastrique la présence d'une voussure, ou bien on sent une masse profonde et diffuse, fixe, douloureuse, étalée transversalement. La laparotomie mène sur un foyer pancréatique où l'on trouve dans un hématome infecté des lambeaux sphacélés de la glande. Ces formes se terminent par péritonite et septicémie, à moins d'une intervention très précoce.

Fréquemment, toutefois, la marche de l'affection n'est pas aussi aiguë et les lésions s'enkystent. Les phénomènes bruyants s'atténuent, puis de nouvelles poussées surviennent. En pareille circonstance, on peut observer des signes d'altération de la fonction pancréatique. Finalement, la collection se développe après plusieurs poussées et on doit intervenir pour la drainer.

Enfin, la pancréatite suppurée peut avoir dès le début une allure traînante aboutissant lentement à la constatation d'une tumeur de siège le plus souvent épigastrique. Quelquefois le pus peut fuser sous le diaphragme ou dans la région lombaire. Dans quelques cas, ces collections se vident dans un organe creux abdominal. Une ouverture précoce doit prévenir ces accidents.

Le pronostic des pancréatites suppurées est souvent moins grave que celui des pancréatites aiguës ou hémorragiques et leur évolution est plus lente.

Le traitement donne, là encore, des résultats médiocres.

Les cas où la glande est complètement infiltrée de pus ne laissent que peu de chances de survie. Dans les formes en foyer, l'intervention donne de meilleurs résultats. En principe, on utilise la voie antérieure. L'incision lombaire n'est plus employée que dans les formes à évolution franchement postérieure, ou utilisée comme contre-ouverture.

DEUXIÈME RAPPORT.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques. — MM. Léon Bérard (Lyon) et Pierre Mallet-Guy (Lyon). — La véritable pancréatite chronique correspond à des lésions d'inflammation persistante, banale ou spécifique dont on élimine les états inflammatoires secondaires à une autre lésion du pancréas, lithiase, cancer ou kyste.

Du point de vue chirurgical, sont seules à considérer les pancréatites autonomes bien individualisées cliniquement. Celles qui s'observent au cours des ulcères gastro-duodénaux ou qui se développent autour d'un calcul cholédocien rétrocèdent après traitement et guérison des lésions primitives.

Cliniquement, le caractère de pancréatite chronique est surtout affirmé par l'étude de l'évolution post-opératoire, par l'existence d'une tumeur suspcetible de régresser. Une guérison de plus de dix-huit mois affirme l'inflammation chronique.

Etant donné l'identité d'un certain nombre des symptômes du cancer et de la pancréatite chronique, au moins au début, le diagnostic ne pourra être que soupçonné, et l'exploration opératoire elle-même ne permet pas toujours d'être immédiatement fixé sur la nature de la lésion.

L'origine biliaire de la pancréatite chronique paraît évidente dans près de la moitié des cas. L'infection biliaire est à la base du processus de sclérose pancréatique, mais il est souvent difficile d'en définir la voie.

La physionomie de certains de ces syndromes reste incertaine. Les réactions fonctionnelles du pancréas exocrine sont variables, les signes de diabète pancréatique exceptionnels ; l'ictère et la douleur sont des symptômes d'emprunt.

L'ictère est considéré comme correspondant à une obstruction cholédocienne par inflammation chronique de la tête du pancréas ; toutefois certains de ces malades n'ont aucune obstacle au niveau de la voie biliaire et la radiographie post-opératoire pratiquée après exploration lipiodolée des voies biliaires ne montre pas de sténose.

A l'heure actuelle, le traitement chirurgical des pancréatites chroniques reste empirique.

Les opérations les plus fréquentes consistent en une dérivation biliaire. Les succès de cette pratique ont poussé à traiter souvent de la même manière les pancréatites chroniques sans ictère.

Cette dérivation peut être interne ou externe.

Les opérations de dérivation biliaire interne ont été pratiquées dans les pancréatites chroniques avec ictère dans trois cas : on a posé le diagnostic de cancer et cherché par une opération palliative à faire céder l'ictère ; ou bien une intervention précédente ayant laissé une fistule biliaire, on a tenté d'obtenir un abouchement de la fistule dans le tube digestif, ou bien, enfin, on a cherché par anastomose à obtenir un effet de drainage biliaire.

Les interventions de dérivation interne de la voie biliaire principale, telles que la cholédoco-duodénostomie, sont délicates et exposent parfois à l'angiocholite ascendante. Elles ne représentent que des méthodes d'exception.

Les observations d'anastomoses de la vésicule biliaire sont au contraire nombreuses. On ne pratique actuellement que la cholécysto-gastrostomie, ou la cholécysto-duodénostomie. La première, techniquement plus facile à réaliser, donne de très beaux succès. Cependant elle peut

s'accompagner de petits troubles et du risque persistant, quoique rare, d'une angiocholite ascendante. De plus, il existe presque toujours un certain degré d'infection vésiculaire, qui limite les indications de cette anastomose. On peut dire que cette opération, qui peut avoir une action palliative excellente, n'est pas, au point de vue curatif, l'intervention de choix.

Les opérations de dérivation externe dans les pancréatites chroniques avec ictère donnent une très faible mortalité opératoire, et se montrent très efficaces lorsqu'on pratique une intervention combinée, avec drainage de l'hépatique. L'efficacité de la cholécystostomie isolée est moindre.

La pancréatite chronique avec ictère guérit dans 70 p. 100 des cas environ. Les formes sans lésions vésiculaires guérissent dans une bien plus forte proportion.

La cholédocotomie est d'une efficacité plus grande que la cholécystostomie, mais elle fait courir un risque de fistule persistante de la voie principale ; aussi, chaque fois qu'on le peut, doit-on conserver la vésicule et drainer la voix biliaire principale à travers elle.

On peut donc dire que la coexistence d'un ictère et d'une pancréatite chronique implique la nécessité d'un drainage biliaire.

Par contre, ce genre d'intervention est rarement pratiqué dans les pancréatites chroniques sans ictère, bien que certaines d'entre elles aient pu être guéries par cette méthode. Les inflammations chroniques de la tête du pancréas sont susceptibles, en effet, de se traduire par des signes différents du syndrome cholédocien classique et malgré une compensation notable de la voie biliaire peuvent évoluer longtemps sans ictère sous le masque d'une affection gastrique. Dans ces cas, le drainage biliaire n'est pas toujours efficace.

On a enfin cité quelques cas de laparotomie exploratrice ayant guéri des malades ictériques chez lesquels on avait découvert une tuméfaction du pancréas. L'ictère tradulsait peut-être alors une hépatite associée, que les réactions vaso-motrices post-opératoires ont pu influencer.

Certaines formes de pancréatite chronique provoquant une gêne du transit gastro-duodénal ont été traitées par gastro-entérostomie.

La cholécystectomie a donné quelques résultats en cas de vésicule lithiasique enflammée, mais le fait est loin d'être constant et elle ne semble pas mettre le malade à l'abri de l'évolution ultérieure d'une pancréatite chronique.

Les méthodes agissant directement sur le pancréas consistent dans son incision et son drainage, ou dans son décollement suivi de drainage rétro-pancréatique. Les guérisons observées sont, pour certains auteurs, dues aux modifications vasculaires entraînées par l'exploration prolongée de la glande et son décollement.

On a même préconisé la section au thermocautère, à la face postérieure de la tête du pancréas, de l'anneau scléreux, jusqu'à obtenir la libération du cholédoque.

D'autres auteurs s'en tiennent à une pancréatotomie faite délibérément dans la région tuméfiée de la glande, dans le but de guérir la lésion pancréatique par une action directe de drainage du canal de Wirsung.

Étant données les incertitudes qui persistent dans la connaissance des pancréatites chroniques chirurgicales, les indications opératoires ne peuvent être données qu'à titre précaire et provisoire.

Actuellement, deux opérations de drainage biliaire semblent efficaces et curatives dans un certain nombre de cas : la cholécystostomie et la cholédocotomie. Il faut tenir compte, à ce sujet, de l'intérêt du procédé transvésiculaire de drainage cholédocien et de la nécessité de la conservation de toute vésicule utilisable.

Deux opérations directes peuvent être également curatrices : la pancréatotomie et le drainage rétro-pancréatique.

Les méthodes palliatives sont représentées par les interventions de dérivation interne et la gastro-entérostomie.

En pratique, les faits cliniques se présentent de diverses manières.

Lorsqu'il y a ictère, présomption d'une lésion inflammatoire, infection et dilatation des voies biliaires, deux interventions sont possibles : la cholécystostomie et le drainage du cholédoque.

Lorsque le diagnostic de pancréatite chronique avec ictère peut être encore affirmé, mais que le problème pathogénique n'est pas résolu, il est logique d'instituer une dérivation biliaire externe qui préserve le malade des risques dus à la persistance de l'ictère.

Cette opération a d'ailleurs une gravité moins grande que l'intervention pancréatique. Elle permet, en cas d'échec, de pallier plus facilement à une fistule et de suivre, grâce à l'exploration lipiodolée et à la courbe de l'excrétion biliaire, l'évolution de la lésion.

Dans le cas de forme compliquée d'ictère et lorsque la nature exacte de la lésion pancréatique n'a pu être précisée, on peut tenter d'assurer de façon définitive la dérivation interne de la bile par cholécystogastrostomie, mais, là encore, la cholécystostomie peut donner d'excellents résultats.

La dérivation biliaire externe peut être suivie de temps à autre de la persistance d'une fistule biliaire. La fistulisation vésiculaire laisse possible l'établissement d'une cholécystogastrostomie. Une fistule de la voie biliaire principale nécessite un traitement plus difficile.

Dans les formes sans ictère, la cholécystectomie est une opération très aléatoire. La cholécystostomie fait céder les troubles et les douleurs, mais n'a pas une efficacité certaine sur l'évolution de la lésion pancréatique, et une anastomose secondaire doit être éventuellement instituée pour maintenir le résultat fonctionnel. C'est dans de tels cas qu'il y aurait lieu de rechercher un traitement curatif par action directe sur le pancréas.

Le syndrome de compression duodénale est assez rare au cours des pancréatites chroniques. La gastro-entérostomie ne paraît pas systématiquement recommandable. La sténose est généralement peu serrée et permet souvent l'application des méthodes de traitement curatif de la pancréatite : opération directe, cholécystostomie.

Enfin, les syndromes douloureux déterminés par une inflammation chronique localisée du corps du pancréas seront traités chirurgicalement par pancréatotomie ou drainage rétro-pancréatique.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. VAN GAIDSENHOVEN (Louvain) a l'impression que la cholécystogastrostomie précoce donne des services parfois remarquables dans les cancers pancréatiques avec compression cholédocienne. Elle a l'avantage de supprimer l'ictère avec son cortège de symptômes pénibles.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade présentant un cancer du pancréas confirmé histologiquement et encore en vie trois ans et demi après la cholécystogastrostomie.

JULIEN HUBER.

Section de chirurgie et des spécialités.

Cellulite et troubles endocriniens. — M. GUY LAROCHE et Mlle H. VACHER.

Note préliminaire sur l'action de l'acide mono-iodo-acétique sur la glycolyse du sang « in vitro ». — MM. A. BERTRAND et P. RIOPEL. — La glycolyse dans le sang *in vitro* existe, elle se manifeste d'une manière très irrégulière. Elle est arrêtée par certains agents chimiques. L'acide mono-iodo-acétique permet de conserver au sang sa teneur en glycose pendant une période de quatre jours, temps parfaitement suffisant pour examiner un sang envoyé de loin.

A propos d'anesthésie rachidienne. — M. FLORIAN TREMPE (Québec) indique les résultats obtenus par 800 anesthésies rachidiennes faites en l'espace de trente mois, toutes à la percaïne suivant la méthode de Howard Jones. Indication de la technique, des échecs et des accidents possibles.

Considérations sur le curage et le curettage dans le post-abortum et le post-partum. — M. F. GAGNON (Québec) rappelle la conception des accoucheurs germano-américains selon lesquels la rétention dans le post-abortum est rarement suivie d'accidents sérieux et qui préconisent l'abstention. La majorité des accoucheurs est cependant interventionniste. L'intervention locale donne de bons résultats dans le post-abortum sans infection péri-utérine, mais il n'en est pas de même en cas de rétention cotylédonnaire, dans laquelle la mortalité reste toujours élevée. Le traitement médical, le curage et l'hystérectomie constituent les principales méthodes thérapeutiques à utiliser. Le curage est toujours préférable au curettage.

Nouvelles statistiques relatives au drainage transcervical. — M. GÉRIN LAJOIE. — Statistique de 112 cas ayant subi une hystérectomie subtotale pour infections suppurées. Le drainage transcervical n'a pas les inconvénients du drainage abdominal ou vaginal par le Douglas, et constitue le meilleur procédé de drainage dans les infections suppurées du bassin ayant nécessité une hystérectomie subtotale.

Résultats éloignés de la curiethérapie des cancers inopérables du rectum par la méthode de Neumann et Coryn. — M. R. GAUDUCHEAU (Nantes) a traité, de 1926 à 1933, 19 cancers par cette méthode : colostomie, puis curiepuncture de la tumeur et des pédicules lymphatiques par voie postérieure. La survie n'a pas dépassé deux ans et on peut se demander si la simple colostomie n'aurait pas donné des résultats analogues.

Avantages et inconvénients des nouveaux procédés d'anesthésie de fond. — M. LÉOPOLD MAYER (Bruxelles). — L'anesthésie de fond par le tribromo-éthanol rectal pour les opérations longues et l'évipan sodique intraveineux pour les interventions de courte durée, constituent un progrès considérable. Ces anesthésies sont toutefois d'un maniement très délicat. L'auteur indique les doses qui lui paraissent efficaces et exemptes de tout danger.

Réflexions sur la symphyse pubienne et la symphysiotomie par le procédé de Zarate avec projection de film cinématographique. — M. R.-D. VAUDESCAL rappelle les possibilités de la symphysiotomie. Il insiste sur la possibilité de pratiquer une radiographie de la symphyse à l'aide d'un film intravaginal, étudie les indications de la symphysiotomie, et fait suivre sa communication de la projection d'un film représentant la technique opératoire.

Traitement des grands paralytiques marcheurs à quatre pattes. — M. J.-E. SAMSON. — Dans de tels cas, l'utilisation des divers groupes musculaires restés indemnes a permis à l'auteur de faire marcher 27 grands paralytiques. Il recourt surtout à l'arthrodèse du genou suivie de l'astragalectomie pour mettre le membre en rectitude, aux transplantations musculaires, au raccourcissement du membre opposé ou à l'allongement fémoral par son procédé personnel. Il faut ensuite apprendre au malade et à se tenir debout et à trouver son équilibre.

Procédé sous-cutané pour allongement des tendons avec bistouri de forme spéciale. Méthode originale. — Démonstration d'un moteur chirurgical. — M. E.-A. CAVO (Texas). — Démonstration de l'emploi de plusieurs instruments originaux créés en particulier pour la chirurgie osseuse.

Traitement des inégalités de longueur stabilisées du membre inférieur. — M. UGO CAMERA (Turin) préconise, pour le traitement de cette pénible infirmité, le raccourcissement du membre sain. La diminution de la taille du sujet, consécutive à l'intervention, n'est pas une objection suffisante à cette thérapeutique devant les bons résultats fonctionnels obtenus. L'auteur a traité ainsi avec succès 56 malades.

Le traitement des malformations congénitales et acquises des membres inférieurs et les rapports des pieds plats avec les algies sacro-iliaques et lombaires. — M. H. RUPERT DERANE (Montréal). — En cas de luxation congénitale de la hanche, la réduction non sanglante reste la méthode de choix. Dans les tuberculoses, l'immobilisation précoce et le repos assurent la guérison dans 40 p. 100 des cas. Les cas de flexion avec ankylose fibreuse relèvent de l'extension continue ; les cas d'ankylose osseuse, de l'ostéotomie. Dans la poliomyélite, il faut avant tout prévenir les déformations. Si celles-ci se sont produites, il faut recourir aux interventions correctrices et dans les cas graves à la sympathectomie.

Enfin une simple déviation dans l'attitude du pied suffit pour déclencher une tension douloureuse sur l'articulation sacro-lombaire. D'où l'importance d'adapter par des traitements variés suivant les cas la statique du pied et celle des articulations sacro-iliaques et lombaires.

Conduite à tenir en présence d'un blessé du

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

crâne. — M. M. Fauteux indique quelles sont selon lui les directives du traitement et donne la statistique de son service de l'hôpital général de Verdun.

Sur le catarrhe du nez et du cavum et son retentissement sur l'état général. — M. Ruaud (Paris) passe en revue les causes du catarrhe du nez et du cavum aigu et chronique. Bactériologiquement, il signale la prédominance du staphylocoque. Il insiste sur la fréquence des complications de voisinage ou à distance et sur l'importance, à côté du traitement local classique, d'un traitement général crénothérapique ou médicamenteux (injections intramusculaires d'argent colloïdal, de bismuth à petites doses associées ou non à l'opothérapie).

Cholécystélectrocoagulectomie. — M. Max Thorek. — Les insuccès dans la cholécystectomie classique résultent souvent d'un écoulement biliaire consécutif au manque d'oblitération des vaisseaux sanguins, lymphatiques et biliaires du lit de la vésicule biliaire. L'électrocoagulation de la paroi de la vésicule attachée à son lit hépatique substitue une couche protectrice sèche et vitreuse à une surface cruentée non protégée. L'électrocoagulation de la vésicule biliaire réduit la mortalité opératoire et post-opératoire à un minimum.

L'auteur rapporte 75 cas personnels consécutifs sans décès.

Nez et œil ; étude clinique et thérapeutique. — M. Sargnon (Lyon). — Si les lésions oculo-orbitaires n'ont presque jamais d'action sur le nez, les lésions nasales ont une très grande importance dans la pathologie oculo-orbitaire. Les traumatismes de cette région peuvent agir sur l'œil par les infections secondaires, notamment sinusiennes. Les lésions néoplasiques de la partie moyenne du nez envahissent fréquemment l'orbite.

Les lésions nerveuses nasales ont une très grosse influence sur l'œil, le réflexe naso-oculaire est important à connaître au point de vue physiologique et pathologique. Que l'œil soit sain ou non, la résection de la partie postérieure du cornet moyen, véritable opération sympathique, et les opérations endonasales en général, amènent de l'abaissement durable de la tension artérielle rétinienne.

Les lésions profondes oculaires sont assez souvent sous la dépendance de lésions nasales, du fait des infections sinusiennes surtout postérieures. Par contre, les guérisons obtenues par la chirurgie endo-nasale dans les cas de lésions optiques profondes (papillites, et surtout névrites rétro-bulbaires), alors qu'il n'y a pas de pus ni d'infections vraies, sont dues à l'action sympathique et à l'abaissement de la tension artérielle rétinienne.

Les complications orbitaires sont très fréquemment d'origine nasale, surtout sinusienne, même chez le tout-petit.

La chirurgie nasale permet de guérir nombre de complications oculo-orbitaires, mais pour aboutir, il faut coordonner les efforts cliniques et thérapeutiques de l'ocu-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

liste, du rhinologue et souvent du radiologue et du neurologue.

Représentation graphique de la caractéristique physico-chimique de l'organisme à l'état normal et dans les états pathologiques. — M. LESCŒUR (Vichy) fait appel à l'acidité classique, à la réserve alcaline et au chlore du plasma sanguin veineux, données expérimentales bien définies. Sur ces bases, un diagramme donne une représentation imagée définissant la caractéristique psycho-chimique de l'organisme. Il fournit des exemples pris en cas de sténose du pylore, avant et après intervention, puis dans différents cas de diabète, avant et après traitement par l'eau minérale de Vichy.

Traitement chirurgical du cancer et de la tuberculose de l'uretère (film et clichés). — M. R. GUTIERREZ (New-York), insiste en particulier sur la valeur de l'urétéro-néphrectomie combinée, qui permet d'éviter l'extension du processus pathologique aux tissus voisins. L'intervention ne doit être décidée qu'après mise en œuvre des procédés modernes d'exploration permettant d'affirmer l'atteinte simultanée du rein et de l'uretère.

JULIEN HUBER.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE *(Suite)*

Le médecin ne saurait donc être responsable d'un acte commis en dehors de lui, et contrairement à ses prescriptions ; de plus, le médecin qui avait donné ses instructions, n'avait pas choisi l'infirmière qui devait les exécuter, celle-ci lui était imposée par l'Assistance publique, et le médecin était en droit de faire confiance à l'infirmière choisie en dehors de lui relativement à l'exécution des actes normaux de sa profession.

Par conséquent, ce n'est pas le médecin qui n'a pas le libre choix de l'infirmière qui peut en être responsable, mais l'Administration qui seule a qualité pour nommer les infirmières, qui les met à la disposition des médecins et qui conserve sur elles une direction technique.

C'est donc l'Assistance publique qui seule a été condamnée à payer 12 000 francs de dommages-intérêts à Mme Naudin.

Ce jugement est ainsi libellé :

« Le Tribunal,

« Attendu que, dans une instance en dommages-

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

intérêts introduite par la veuve Naudin contre l'Administration publique, un jugement de cette Chambre, en date du 15 décembre 1931, a autorisé, avant dire droit, la demanderesse à rapporter par voie d'enquête la preuve de certains faits par elle articulés ;

« Attendu qu'il a été procédé à cette enquête, le 23 mars 1932 ; qu'il résulte des témoignages recueillis que, le 8 mai 1929, la veuve Naudin s'est rendue à l'hôpital de la Salpêtrière pour subir un examen radioscopique du côlon ; qu'en vue de faciliter cet examen un lavement, dit « opaque » lui fut administré par la d[lle] Python, infirmière (deuxième témoin de la contre-enquête) ; que, tout en affirmant que la température du liquide injecté n'était pas supérieure à 37°, cette infirmière a cependant reconnu que la veuve Naudin avait poussé quelques gémissements, comme le font, a-t-elle ajouté, tous les malades ; que, sans faire état de la déposition de la dame Galland (premier témoin de l'enquête) et qui est la belle-sœur de la demanderesse, il y a lieu de constater que les dames Taillefesse et Jorlier (deuxième et troisième témoins) ont déposé avoir vu la veuve Naudin à son retour de la Salpêtrière ; qu'à sa descente de voiture elle marchait péniblement et paraissait souffrir ; que le deuxième témoin a dû l'aider à monter l'escalier conduisant à son logement ; qu'elle s'est aussitôt alitée, disant avoir été brûlée à l'hôpital par un lavement trop chaud ; que ce même témoin déclare avoir constaté sur la veuve Naudin, dans la région anale, des traces de brûlures et notamment des « cloques », suivant l'expression même de la déposante ; que c'est encore ce même témoin qui se chargea de prévenir le docteur Cousin, médecin de la veuve Naudin ;

« Attendu qu'il y a lieu de rapprocher ces témoignages du certificat délivré par le docteur Cousin, le 11 mai 1929, soit trois jours après l'examen radioscopique effectué à la Salpêtrière ; qu'à cette date le médecin déclare avoir donné, depuis trois jours, ses soins à la veuve Naudin et avoir constaté chez elle : « brûlures par injection d'un liquide trop chaud dans le rectum avec douleur vive le long des côlons ascendant et transverse principalement ; brûlure du premier degré de la fesse gauche étendue de l'anus à la face postérieure de la cuisse à sa racine ; rectite avec ténesme ; hémorragie intestinale ou rectale abondante dans la journée du 9 mai » ;

« Attendu qu'un rapprochement semblable doit être fait avec le certificat délivré le 19 mai 1929

(Suite à la page X).

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

par le Dr Durand-Boisleard et qui est conçu dans les termes analogues ;

« Attendu que se trouve ainsi pleinement établie la relation de cause à effet entre les brûlures constatées par les médecins et le lavement administré à la veuve Naudin, le 8 mai 1929, par la dlle Python, infirmière à l'hôpital de la Salpêtrière ;

« Attendu que l'Assistance publique conclut à sa mise hors de cause ; qu'à cet effet elle soutient que l'examen radioscopique avait été prescrit par le médecin ; que l'infirmière était sous les ordres de ce dernier et ne recevait d'instructions que de lui ; que les représentants de l'Assistance publique ne pouvaient pénétrer dans la salle où s'effectuait l'examen, et qu'enfin les médecins des hôpitaux ne sont point les préposés de l'Administration de l'Assistance publique ; que celle-ci en conclut n'être point responsable des actes de l'infirmière ;

« Attendu que, s'il est exact que les médecins des hôpitaux ne sont pas des préposés de l'Assistance publique, il en est différemment des infirmiers au service de cette Administration qui les a choisis et, dans la grande majorité des cas, a le pouvoir de leur donner des instructions ;

« Attendu, sans doute, que les infirmiers, tout en étant, d'une façon générale, les préposés de l'Assistance publique, sont aussi les auxiliaires des membres du corps médical pour le traitement des malades, et que cette circonstance serait de nature à entraîner la responsabilité du médecin, à l'occasion de l'acte fautif d'un infirmier si, lors de cet acte, le médecin avait sur l'infirmier autorité et direction exclusives et directes ;

« Or, attendu que, d'après les instructions données par le médecin sous les ordres duquel la dlle Python, infirmière, était alors placée, le liquide destiné au lavement devait avoir une température maxima de 37° ; que, cependant, ainsi qu'il a été constaté aux motifs précédents, ce liquide était d'une température supérieure, puisqu'il a occasionné des brûlures à la malade ; qu'il en résulte ainsi, tout d'abord, que l'infirmière a agi contrairement aux instructions du médecin ;

« Attendu, d'autre part, que le médecin de l'hôpital n'ayant pas le libre choix de l'infirmière, son auxiliaire ; que celle-ci lui était imposée par l'Assistance publique ; qu'en outre les garanties professionnelles exigées par cette Administration pour le choix et la nomination des infirmiers de ses hôpitaux autorisaient le médecin à faire confiance à l'infirmière relativement à la manière exacte dont celle-ci devait s'acquitter des ordres par lui donnés et qui concernaient un acte normal de la profession d'infirmier ; qu'au surplus, en accomplissant cet acte de sa fonction, l'infirmière suivait, en outre, les directions techniques et autres qui lui sont données d'une manière générale par l'Administration de l'Assistance publique, son commettant habituel ; que, par suite, cette Administration est mal fondée pour obtenir d'être mise hors de cause, à invoquer un déplacement de la responsabilité résultant pour elle de l'article 1384 du Code civil ;

« Et attendu qu'il résulte des documents produits aux débats que la faute ainsi constatée a entraîné pour la veuve Naudin un préjudice au sujet duquel le Tribunal possède des éléments d'appréciation suffisants pour lui permettre, sans avoir recours à une expertise, de fixer à la somme de 12 000 francs les dommages-intérêts qui correspondent :

« Par ces motifs,

« Condamne l'Administration de l'Assistance publique à payer à la veuve Naudin la somme de 12 000 francs, à titre de dommages-intérêts ;

« La condamne, en outre, à tous les dépens qui comprendront, à titre de supplément de dommages-intérêts, les droits fiscaux pouvant être perçus à l'occasion des pièces produites aux débats. »

Adrien Peytel.
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *novembre* 1934.

M. Siredey, président, fait part à l'Académie du décès de M. Paul Ravaut.

Notice. — M. Justin Jolly donne lecture d'une notice nécrologique consacrée à Santiago Ramon y Cajal.

Présentation. — M. Louis Martin présente à l'Académie une monographie sur l'œuvre scientifique de Maurice Nicolle, par M. J. Magrou.

Après la mort de Maurice Nicolle, Cantacuzène et J. Magrou avaient conçu le projet de rendre un suprême hommage au savant disparu; ensemble, ils avaient dressé le plan de l'ouvrage ; la mort de Cantacuzène a empêché la réalisation de ce projet. Magrou, avec un rare bonheur, a fait revivre dans une vérité saisissante la noble figure de Nicolle, nous montrant sa haute intellectualité, sa physionomie morale et la place que son œuvre scientifique a occupée dans le mouvement des idées de son époque.

Ce livre est une œuvre d'équité dont on doit sincèrement remercier M. Magrou.

Anniversaire de M. Guéniot. — M. le Président

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

adresse à M. Guéniot, le vénéré doyen de l'Académie, toutes ses félicitations pour son anniversaire.

M. Guéniot entre, en effet, dans sa cent troisième année.

Note préliminaire sur l'organisation de la défense antipoliomyélitique dans le Sud-Ouest de la France. — M. Stillmunkès. — A l'occasion de quelques cas de poliomyélite qui se sont manifestés dans la région toulousaine, M. Netter donne lecture d'une communication de M. Stillmunkès, rappelant les conditions d'efficacité du sérum de convalescents ou d'anciens malades.

Un centre de sérothérapie existe à Toulouse, qui prépare des sérums de convalescents et qui a mis dans ses plans l'organisation de la lutte contre la poliomyélite. Deux concours sont indispensables : celui du médecin traitant qui doit faire, autant que possible, un diagnostic précoce ; celui d'un centre de préparation et de distribution du sérum qui doit s'efforcer de canaliser le médicament dans les plus brefs délais.

L'auteur apporte quelques exemples d'activité du sérum et de la rapidité de son arrivée à destination : il laisse entrevoir que l'organisation du centre de Toulouse permettra de faire traiter immédiatement et à distance des malades qui pourraient difficilement attendre l'arrivée du sérum. Un enfant de Bayonne, pour lequel un message par T. S. F. avait été lancé, put, dans l'heure consécutive, être mis à l'abri de graves dangers, grâce à la connaissance précise d'un ancien malade qui habitait cette ville.

Le centre de sérothérapie de Toulouse jette ainsi les bases d'une œuvre intéressante : celle de l'assistance contre la poliomyélite.

Fièvre jaune. — Les recherches les plus récentes ont établi que le sang de toutes les personnes qui ont été atteintes de fièvre jaune, même de la forme inapparante de cette maladie, renferme des substances immunisantes. M. Recio, médecin cubain, s'est préoccupé de vérifier cette déduction sur ses compatriotes.

Seules les personnes nées avant que Cuba ne fût purgée de la fièvre jaune (1908) ont des immunisines dans le sang; les sujets nés postérieurement n'ont pas d'immunisines, C'est la preuve que la fièvre jaune avait effectivement disparu de l'île.

La vaccination antiamarille comporte-t-elle des dangers dans la région où la fièvre jaune sévit endémiquement et où les Stegomyia abondent? (1re note). — MM. Mathis, Durieux et Advier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 9 novembre 1934.

Paralysie unilatérale du voile du palais, du pharynx et du larynx avec syndrome de Claude Bernard Horner, par foyer septique bulbaire, au cours d'une endocardite maligne subaigue. — MM. Marcel Brulé, Pierre Hillemand, J. Mallarmé et O. Trelles, rapportent l'observation d'une malade atteinte d'endocardite maligne à évolution lente qui, à la suite d'un ictus, présenta une hémiparalysie du voile du palais, du pharynx et du larynx, accompagnée d'un syndrome de Claude Bernard-Horner. L'autopsie montra une lésion septique du bulbe (embolie ou vascularite) dans le territoire d'artérioles branches de l'artère latérale du bulbe. La lésion, qui mesure 2 millimètres de hauteur, est de forme linéaire; elle part du sillon latéral du bulbe pour se diriger vers le plancher du quatrième ventricule qu'elle n'atteint pas. Elle intéresse la lame dorsale de l'olive, la moitié latérale de la parolive dorsale, le noyau latéral, la partie supérieure du noyau ambigu, le faisceau latéral du bulbe, les fibres olivo-cérébelleuses, la substance réticulée blanche et grise de la calotte. Elle réalise ainsi un type anatomo-clinique partiel qui doit rentrer dans le cadre du syndrome de l'artère de la fossette latérale du bulbe de Charles Foix. Les auteurs insistent sur la rareté des lésions bulbaires au cours de l'endocardite maligne, et sur l'intérêt que présentent ces lésions vasculaires dans l'étude de l'innervation du voile du palais et dans la localisation du centre sympathique cilio-bulbaire. Leur observation permet de localiser ce centre au niveau de la substance réticulée rétro-olivaire, en accord complet avec les suppositions déjà faites.

Fièvre de Malte à foie et rate accordéons. Guérison à l'arsénobenzol. — M. H. Eschbach (de Bourges) relate ce cas d'importation parisienne qui fut remarquable par des variations de volume répétées du foie et de la rate, réceptacles du virus, liées aux oscillations mêmes de l'infection. Le novarsénobenzol donna une guérison complète et définitive.

Intoxication volontaire mortelle par le salicylate de méthyle. — MM. M. Duvoir, L. Pollet et Mlle J. Sainton rapportent l'observation clinique, avec recherches chimiques, et les résultats de l'autopsie d'un sujet qui, dans un but de suicide, avait absorbé une quantité importante de salicylate de méthyle. La mort survint trente-six heures après l'ingestion, au milieu de phénomènes d'excitation psycho-motrice rappelant le *delirium tremens*.

A propos de cette observation, dont la rareté, au moins relative, légitimait la publication, les auteurs étudient le mécanisme de l'intoxication et cherchent à établir la part qui revient à l'acidose à la fois salicylée et méthylique et, d'autre part, à l'action propre de l'alcool méthylique.

Un cas de hernie diaphragmatique droite de l'estomac. — MM. M. Duvoir, L. Pollet, H. Schwartz et Mlle J. Sainton rapportent l'histoire clinique et présentent les radiographies d'un cas de hernie diaphragmatique droite de l'estomac. La sympatomatologie se résume en crises douloureuses d'horaire fantaisiste, qui se sont rapprochées et accentuées depuis quelques mois, mais ont débuté insidieusement il y a quelques années. Les radiographies montrent une hernie, siégeant surtout à droite, de la seule partie moyenne de l'estomac. Ainsi qu'il est de règle, la grosse tubérosité est restée à sa place ; mais la région pylorique n'a pas suivi le corps de l'estomac et est seulement un peu surélevée et étirée.

Spirochétose ictéro-hémorragique après morsure de rat. Méningite purulente. — MM. J. Troisier, M. Bariéty et G. Brouet ont observé une spirochétose ictéro-hémorragique mortelle survenue, chez un homme de soixante-deux ans, quinze jours environ après une morsure de rat.

Une série de crises convulsives du type épileptique avec

apparition du signe de Babinski avaient donné à la maladie une allure clinique très anormale.

L'autopsie révéla l'existence d'une méningite suppurée.

Les auteurs soulignent le caractère unique de cette complication qu'ils rapprochent des infections biliaires récemment signalées au cours de la spirochétose.

M. CAIN a observé un cas de spirochétose après morsure de rat ; l'incubation avait été de huit jours.

A propos d'un cas d'angine de poitrine opéré depuis deux ans et demi. — MM. HAGUENAU et L. LEFEBVRE présentent un malade opéré en juillet 1932 (opération type Daniélopolu). Les résultats post-opératoires sont remarquables, et subsistent depuis plus de deux ans ; le malade est rendu à la vie sociale presque normale. Les auteurs, à propos de ce cas, comparent le résultat obtenu avec ceux publiés précédemment. L'opération a été unilatérale et a comporté une simple ramisection sans stellectomie. Ils insistent sur la difficulté à prévoir le résultat, qui est extrêmement variable dans ces interventions sur le sympathique. Cette variabilité apparaît dans l'installation du syndrome de Claude Bernard-Horner qui chez leur malade n'est apparu que deux jours après l'intervention.

M. LIAN a vu s'installer une véritable névralgie du plexus brachial à la suite de crises angineuses répétées.

Un cas de forme basse de l'encéphalite épidémique. — M. JACQUES DECOURT rapporte un cas de polynévrite infectieuse suivie d'un sundrome parkinsonien. Il considère ce cas comme une forme basse de l'encéphalite épidémique et l'oppose aux nombreux cas publiés sous cette appellation et qui sont des radiculo-névrites infectieuses à virus encore inconnu (syndrome de Guillain-Barré).

Hémiplégie d'origine cérébrale et névrite optique au cours d'un cas de fièvre jaune. — MM. G.-J. STEFANOPOULO et P. MOLLARET présentent une femme de vingt-quatre ans qui a été atteinte, en Afrique Occidentale Française d'une hémiplégie droite avec troubles passagers de la parole au cours d'une fièvre jaune par ailleurs typique. La nature de la maladie ne saurait être discutée, car l'épidémie sévissait dans la localité et le propre mari de la malade fut atteint en même temps qu'elle d'une forme mortelle. De plus, la recherche des immunisines pratiquée dans les mois suivants a montré l'existence d'anticorps spécifiques correspondant à un pouvoir immunisant très élevé qui persiste encore actuellement. Une deuxième localisation nerveuse réside dans une névrite optique concomitante et dont on constate encore des séquelles.

Une telle observation démontre l'existence d'un certain neurotropisme du virus amaril naturel. Les auteurs ont fait la même constatation chez le *Macacus rhesus* inoculé par voie sous-cutanée avec le virus normal. Or toutes les pratiques actuelles de vaccination sont faites avec un virus entretenu par passages dans le cerveau de souris et qui présente un neurotropisme exalté, comme le prouve la fréquence de déterminations nerveuses chez le singe. On ne saurait donc trop prendre de précautions lors de l'inoculation à l'homme d'un tel virus vivant, et c'est pourquoi les auteurs restent fidèles, dans leur pratique de vaccination contre la fièvre jaune dans le service du professeur Pettit à l'Institut Pasteur, à l'injection associée de sérum anti-amaril d'origine équine.

Nécrologie. — Le président lit une notice nécrologique sur M. RAVAUT, membre de la société, décédé.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1934.

Fracture de la colonne vertébrale. — MM. SÉNÈQUE et SICARD exposent les avantages de la position de Schotte dans les fractures du rachis. Ils ont obtenu par cette méthode d'excellents résultats.

M. MATHIEU fait observer que cette position a été décrite d'abord par M. DELBET.

M. HUET a obtenu par ce procédé un résultat anatomique excellent, mais le résultat fonctionnel resta mauvais.

M. PIERRE DUVAL estime que si la position de Schotte est plus facile à appliquer pour les fractures de la charnière dorso-lombaire, le procédé de Böhler est préférable pour les fractures de la colonne dorsale.

Anesthésie à l'évipan. — M. J. GAUTHIER (Angers) a utilisé avec succès l'anesthésie par injection intraveineuse d'évipan, par la méthode des injections fractionnées et répétées. Les hémorragies lui paraissent être une contre-indication.

Azotémie normale préopératoire. — M. PIERRE DUVAL montre l'infidélité de l'azotémie normale dans les indications et le pronostic opératoires. Le taux d'azotémin. ne présente aucun parallélisme avec celui de la polypeptie démie, qui mesure seul l'intensité du schock opératoire. Il est indiqué d'explorer la valeur du foie en ce qui concerne les polypeptides.

M. CHEVASSU juge que la constante d'Ambard doit compléter le dosage de l'urée.

M. MÉTIVET insiste sur la valeur de l'examen clinique.

Anesthésie à l'évipan. — M. DESPLAT rapporte un travail de MM. DUCUING et FABRE (Toulouse) sur l'anesthésie à l'évipan sur des cancéreux. Ils ont observé un cas de mort et deux cas d'hypotension et estiment que cette anesthésie n'est pas sans danger. Aux contre-indications déjà classiques, M. Desplat ajoute les interventions cranio-faciales.

M. R. MONOD insiste sur les détails de technique que l'on doit posséder à fond et rigoureusement respecter. Il constate que la méthode fait des progrès incessants. Il recommande de renoncer à ce mode d'anesthésie si les malades ne dorment pas avec 5 centimètres cubes d'anesthésique.

M. MAURER insiste sur la méthode actuelle qui donne à chacun sa dose.

M. MOURE a obtenu de bons résultats, mais il faut de toute rigueur donner à chacun sa dose, et très strictement.

M. LABEY présente une volumineuse tumeur paranéphrétique récidivée.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Séance du 7 novembre 1934.

Actinomycose osseuse. — M. OMBRÉDANNE a observé un cas d'actinomycose massive de la région de l'épaule, diffusant sur le thorax. Après une première extirpation et un traitement ioduré énergique et des séances de radiothérapie, il y eut une récidive locale et l'apparition d'une masse dans la région carotidienne. Cette seconde localisation fut à son tour extirpée et le traitement ioduré repris. Cependant la malade n'est pas encore guérie.

M. CHEVRIER a traité plusieurs cas d'actinomycose osseuse. Il a observé une éosinophilie fréquente. Il croit utile de faire concurremment au traitement iodé des pansements à l'iodure.

Injections thérapeutiques dans le système lymphatique. — M. MOURE a cherché à bloquer le territoire lymphatique par des injections sclérosantes. Il a utilisé une solution d'éther et de formol coloré par la chlorophylle et l'a injectée dans un ganglion. Ce traitement semble intéressant pour prévenir l'envahissement cancéreux et surtout dans le traitement des adénites tuberculeuses. Le rôle de la chlorophylle paraît important, peut-être à cause de l'action photo-sensibilisatrice de cette substance.

M. MÉTIVET se demande s'il n'y aurait pas intérêt à respecter la barrière ganglionnaire lors de la cure chirurgicale des cancers.

M. MONDOR rappelle que Souligoux avait pratiqué de nombreux blocages lymphatiques par des injections formolées.

Hématome sous-dural chronique. — M. MONLONGUET rapporte une observation de MM. Swynghedauw et Dereux (Lille). L'hematome s'est révélé deux mois après le traumatisme. Les signes de localisation étaient incertains. On fit une trépanation du côté où avait porté le traumatisme sans trouver de lésions. De l'autre côté par contre, une deuxième trépanation fit découvrir l'hématome.

M. PETIT-DUTAILLIS conseille de faire une trépano-ponction avec ventricolographie pour localiser l'hématome. Il insiste sur la rareté des hématomes tardifs. Par contre, il est fréquent de voir ainsi révélée une tumeur cérébrale jusque-là latente.

M. WELTI pense que l'encéphalographie par ponction lombaire est susceptible de remplacer avantageusement la trépano-ponction.

Paralysie de l'hypoglosse et du spinal. — M. MOCQUOT relate cette observation de M. Roques, où cette paralysie était la suite d'une plaie par balle. L'auteur a pratiqué l'extraction de la balle, qui était située au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas. Les paralysies ont persisté.

M. SORREL a vu un cas semblable.

Paralysie de l'hypoglosse. — M. MÉRIGOT présente le malade auquel vient de faire allusion M. Sorrel et qui a guéri malgré une hémorragie secondaire de la carotide externe.

Maladie de Dupuytren. — M. DESPLAS présente un malade traité par sa méthode personnelle avec bon résultat. Il insiste sur la position qui doit être donnée aux doigts après l'opération, en flexion forcée.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 octobre 1934.

Modifications de la glycémie en milieu hyperthermal et radioactif. — MM. M. SENDRAIL, R. MOLINERY et J. AVERSENQ ont étudié les variations du sucre sanguin en fonction des caractéristiques physiques d'un milieu déterminé (radio-vaporarium sulfuré). Ils ont constaté que le séjour dans les galeries provoque dans 86 p. 100 des cas une hypoglycémie, le plus souvent modérée (0gr,05 à 0gr,30 p. 100), parfois plus intense. Le phénomène est plus accentué chez les diabétiques que chez les sujets à glycémie normale. La détermination simultanée de l'hydrémie a permis d'éliminer les causes d'erreur représentées par les spoliations sudorales. Pour expliquer la genèse de cette hypoglycémie, il semble que l'on puisse invoquer une exagération des processus glycolytiques, liée à l'élévation de la température extérieure et aux influences radioactives.

Intérêt de la mesure du pouvoir cholestérolytique dans l'étude du métabolisme de la cholestérine. — MM. ECK et DESBORDES soulignent l'intérêt de la mesure du pouvoir cholestérolytique et apportent des résultats qui montrent que cette mesure donne des renseignements précieux là où la simple détermination de la cholestérinémie ne donne pas d'indications bien nettes. Ils se proposent d'étendre ce travail aux divers cas pathologiques où les renseignements demandés à la cholestérinémie se montrent contradictoires.

Le pouvoir cholestérolytique chez les vieillards. — MM. ECK et DESBORDES constatent que, si nombre d'athéromateux cliniquement indiscutables présentent un taux de cholestérine normal ou sensiblement normal, c'est par suite d'une impossibilité du sérum à dissoudre davantage de cholestérine. Cette impossibilité, d'après leurs recherches en cours, est davantage fonction de la formule protidique du sérum que de sa formule lipidique.

F.-P. MERKLEN.



NOUVELLES

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (Professeur : M. A. Brindeau), avec la collaboration de MM. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Ecalle, agrégé, accoucheur de l'hôpital Boucicaut ; Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis ; Lemeland, accoucheur de l'hôpital Tenon ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Desoubry, Jacquet, De Peretti della Rocca, Suzor, Bompart, Bidoire, A.-M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; Cartier et Hinglais, chefs de laboratoire.

Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes donnés à la clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1934-1935.

Tous les matins, enseignement clinique par le professeur.

Lundi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades.

Mardi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Présentation de malades à l'amphithéâtre.

Mercredi, 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes. Consultation de syphiligraphie.

Jeudi, 9 h. 30 : Opérations obstétricales et gynécologiques. — 10 h. 30 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité.

Vendredi 9 h. 30 : Policlinique des femmes enceintes.

Samedi, 9 h. 30 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre.

Cours de perfectionnement du jeudi soir. — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, sera fait par des conférenciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux.

Il commencera le 6 décembre 1934, à 20 h. 45, et sera continué chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Cours de pratique obstétricale. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Un cours de pratique obstétricale, février 1935. — Le droit à verser pour ce cours est de 250 francs.

Trois cours de vacances. — Vacances de Pâques : Un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances.

Vacances d'été : Deux cours de pratique obstétricale, du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre.

Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 250 francs.

Cours de puériculture. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

Première serie : Le nouveau-né normal, mars 1935.

Deuxième serie : Le nouveau-né pathologique, mai 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Mercier, chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Balthazard a commencé ce cours le lundi 12 novembre, à 18 heures (grand amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit.

Le cours a lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le professeur Balthazard (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité ; anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

M. Piédelièvre, agrégé, lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

M. Duvoir, agrégé (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle) : Intoxications aiguës et intoxications professionnelles. La médecine du travail.

M. le professeur Hugueney (tous les samedis du 1er semestre) : Législation et jurisprudence médicales.

Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale : Tous les jeudis.

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les lundis, mercredis, vendredis à partir du lundi 12 novembre, de 14 à 15 heures : les mercredis, par M. le professeur Balthazard ; les lundis, par M. Piédelièvre, agrégé ; les vendredis, par M. Dervieux, chef des travaux pratiques.

Les élèves du nouveau régime devront justifier, pour l'examen, de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal.

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

3° Expertises d'accidents du travail, de pensions de guerre et de maladies professionnelles (consulter l'affiche spéciale).

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — I. *Cours du professeur.* — M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée, a commencé son cours le mardi 13 novembre 1934, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants.

Objet du cours : *Foie. Pancréas. Reins.*

II. *Conférences de pathologie comparée.* — Le samedi, à 18 heures, au petit amphithéâtre, MM. L. Panisset et V. Robin, professeurs à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le professeur V. Robin fera sa première conférence le samedi 17 novembre.

Professeur L. Panisset : 1° Tuberculoses animales ; 2° rage ; 3° charbon ; 4° brucelloses.

NOUVELLES *(Suite)*

Professeur V. Robin : Quelques particularités de la pathologie interne des animaux domestiques. 1° Appareil digestif ; 2° appareil circulatoire ; 3° maladies de la nutrition ; 4° maladies à œdèmes.

Une visite scientifique sera faite à l'École vétérinaire d'Alfort.

Cours et travaux pratiques de physique médicale. — M. le professeur A. STROHL a commencé son cours le vendredi 16 novembre, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : 1° *Optique* ; 2° *électrologie* ; 3° *actinologie* ; 4° *radiologie* ; 5° *radioactivité.*

Des exercices pratiques auront lieu sous la direction de M. le chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

Cours de médecine légale. — M. le professeur HUGUENEY, de la Faculté de droit, commencera son cours le samedi 17 novembre 1934 à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu tous les samedis de novembre et décembre.

SUJET DU COURS : *Législation et jurisprudence médicales.*

Cours de pathologie médicale et générale (Professeur : M. A. BAUDOUIN). — PREMIÈRE SÉRIE (novembfe-décembre). — M. Baudouin, professeur : Maladies des méninges. Pathologie du liquide céphalo-rachidien.

M. J. Haguenau, agrégé : Les intoxications. Poisons volatils (gaz de combat, oxyde de carbone, hydrocarbures, anesthésiques). Poisons minéraux. Poisons organiques. Intoxications alimentaires. Champignons vénéneux. Les venins. Toxicomanies. Intoxications professionnelles.

DEUXIÈME SÉRIE (janvier-février). — M. Etienne Bernard, agrégé : Tuberculose pulmonaire.

M. Boulin, agrégé : Maladies du tube digestif et du péritoine.

M. Haguenau a commencé ses leçons le mardi 13 novembre à 18 heures à l'amphithéâtre Vulpian et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'hopital Saint-Antoine. — Le professeur F. BEZANÇON a commencé ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre 1934, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continue les vendredis suivants, à la même heure.

Chaire d'hygiène et médecine préventive. — M. le professeur TANON a commencé son cours le mardi 13 novembre 1934, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

SUJET DU COURS : *Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.*

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Joannon, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques. — M. le professeur Maurice VILLARET a commencé son cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 14 novembre 1934, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continue ses leçons au petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques pratiques, avec présentation de malades, au centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker), le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1935.

Cours de microbiologie. — Chargé de cours : M. André PHILIBERT, agrégé.

Le cours a commencé le mardi 13 novembre 1934, à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilher, et continue les samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : *Vaccins et sérums dans la pratique médicale.*

Cours complémentaire d'obstétrique. — M. M. LACOMME, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique, le mardi 20 novembre 1934, à 17 heures (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

OBJET DES CONFÉRENCES : *Gestation, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la gestation.*

Chaire de thérapeutique (Professeur : M. Maurice LŒPER). — 1° *Cours de thérapeutique.* — M. le professeur Maurice Lœper a commencé son cours le mardi 13 novembre 1934, à 17 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure et au même amphithéâtre.

SUJET : *Les grandes médications digestives, cardio-vasculaires et nerveuses.*

2° *Conférences de thérapeutique.* — M. le Dr R. Turpin, agrégé, fait ses conférences les lundis, mercredis et vendredis depuis le mercredi 14 novembre 1934, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

SUJET : *Thérapeutique des maladies infectieuses, des maladies du poumon et de la nutrition.*

Des cours complémentaires sur les agents physiques et le traitement spécial de certaines maladies infectieuses pourront remplacer, les vendredis et samedis, les cours réguliers.

Clinique médicale de l'hopital Saint-Antoine. — M. le professeur F. BEZANÇON commencera ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT avec le concours de : Mlle Heimann, MM. Fouquet, Gaucher et Langlois, chefs de clinique. — Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre de la clinique. Tous les jours, visite dans les salles, à 10 heures.

Enseignement aux stagiaires : Chaque matin, à 9 h. 30, leçon élémentaire et présentation des malades.

Service des laboratoires : MM. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; le Dr Duchon, chef de laboratoire ; Delarue, ancien chef de clinique.

Service radiologique : M. le Dr Tribout, chef de laboratoire.

NOUVELLES *(Suite)*

Service des agents physiques : M. le Dr H. Biancani.

SERVICE DES TUBERCULEUX. — Centre de triage et service du pneumothorax artificiel : M. le Dr Braun, assisté de M. le Dr Destouches, Mme le Dr Frey-Ragu et Mlle le Dr Scherrer.

Consultation et insufflations, les mercredis et samedis.

Le mardi, consultation de tuberculose, à 10 heures.

Le jeudi, à 10 h. 30: présentation de malades.

CONSULTATIONS SPÉCIALES. — Les consultations spéciales, avec enseignement clinique, auront lieu :

Les mercredis, à 10 heures. — M. le professeur F. Bezançon et M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux : Rhumatisme et maladies de la nutrition.

Le mercredi, à 10 heures. — M. le Dr Azoulay, ancien chef de clinique : Lipiodolo-diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire.

Le samedi, à 10 heures. — M. le professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin et M. Jean Célice, médecins des hôpitaux : Asthme.

Chaire de clinique ophtalmologique (Professeur : M. F. TERRIEN). — *Cours de clinique annexe.* — Le Dr Velter, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à titre permanent, a commencé ce cours le lundi 5 novembre 1934,

Cet enseignement, destiné spécialement aux étudiants de 5e année, comprendra :

1° Un enseignement clinique, avec examen et présentation de malades, dans le service d'ophtalmologie du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, les lundis, mercredis et vendredis à 10 heures.

2° Des conférences d'ophtalmologie pratique élémentaire, avec projections, qui auront lieu à la Faculté de médecine, les mardis et jeudis, à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, selon le programme suivant :

Mardi 20 novembre. — Conjonctivites, diagnostic et principes de traitement.

Jeudi 22 novembre. — Affections de la cornée.

Mardi 27 novembre. — Iritis et iridocyclites. Hypertension oculaire. Diagnostic et causes d'erreur.

Jeudi 29 novembre. — Cataractes.

Mardi 4 décembre. — Strabismes et paralysies des muscles de l'œil.

Jeudi 6 décembre. — Acuité visuelle et champ visuel.

Mardi 11 décembre. — Affections de la choroïde, de la rétine et du nerf optique.

Jeudi 13 décembre. — Exophtalmies.

Mardi 18 décembre. — Importance de l'examen oculaire dans les affections générales et les maladies du système nerveux.

Jeudi 20 décembre. — Traumatismes de l'œil et de ses annexes, principes de leur traitement.

Cours de médecine légale. — M. le Dr PIÉDELIÈVRE, agrégé, fera son cours en novembre et décembre, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

SUJET DU COURS : *La mort, les asphyxies, les empoisonnements.*

Cours élémentaire de sémiologie psychiatrique. — M. LÉVY-VALENSI, agrégé, commencera ce cours avec la collaboration de MM. Baruk, Borel, Ceillier, Cénac et Codet, anciens chefs de clinique, le dimanche 18 novembre, à 9 heures (asile clinique, 1, rue Cabanis), et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

PROGRAMME : 1. Généralités, examen d'un psychopathe. 2. Obsessions ; phobies ; impulsions. 3. Perversions ; toxicomanies. 4. Hallucinations. 5. Idées délirantes. 6. Syndromes d'excitation. 7. Syndromes de dépression. 8 et 9. Syndromes confusionnels. 10. Troubles mentaux de l'épilepsie. 11, 12 et 13. Syndromes démentiels. 14 et 15. Psychiatrie infantile. 16. Médecine légale psychiatrique. (Présentation de malades.)

Ce cours public est particulièrement destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

Enseignement clinique complémentaire (hôpital Necker), par le professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker, avec la collaboration de MM. les Drs, L. Justin-Bezançon, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté ; Henry Bith, assistant du service, ancien chef, de clinique à la Faculté ; R. Even, chef de clinique à la Faculté ; R. Wallich, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux ; P. Bernal, ancien interne des hôpitaux ; R. Fauvert, P. Bardin, Racine, P. Klotz et Guilly, internes des hôpitaux ; Brunet, assistant de radiologie. — Pendant l'année scolaire 1934-1935, un enseignement de clinique pratique aura lieu à l'hôpital Necker (salles Sicard, Delpech et Hirtz) tous les jours de la semaine :

De 9 à 10 heures : Études sémiologiques sur le malade.

De 10 à 11 heures : Visite des salles.

De 11 à 11 h. 30 : Conférence de pathologie médicale.

De 11 h. 30 à 12 heures : Enseignement clinique au lit du malade.

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques (Professeur : Maurice VILLARET). — A. ENSEIGNEMENT. — I. *Semestre d'hiver.* Enseignement des étudiants.

a. *Enseignement théorique* au petit amphithéâtre de la Faculté, à partir du 14 novembre 1934, les mercredis et vendredis à 16 heures : L'hydrologie et la climatologie thérapeutique dans les maladies des différents appareils de l'organisme, 23 leçons.

1. Mercredi 14 novembre 1934 : Aperçu sur l'histoire de l'hydro-climatologie. — 2. Vendredi 16 novembre : Généralités sur l'hydro-climatologie. Mode d'emploi des eaux minérales et climats. — 3. Mercredi 21 novembre : Crénothérapie des maladies des vaisseaux périphériques et du sang. — 4. Vendredi 23 novembre : Crénothérapie des maladies du cœur et des gros troncs artériels. — 5. Mercredi 28 novembre : Crénothérapie des maladies des voies urinaires. Indications cliniques. — 6. Vendredi 30 novembre : Crénothérapie des maladies des voies urinaires. Stations de cure de diurèse. — 7. Mercredi 5 décembre : Crénothérapie et climatothérapie en oto-rhino-laryngologie. — 8. Vendredi 7 décembre : Crénothérapie des pneumopathies non tuberculeuses. — 9. Mercredi 12 décembre : Notions générales de climatologie. — 10. Vendredi 14 décembre : Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire. — 11. Mercredi 19 décembre : Thalassothérapie et créno-climatothérapie de la tuberculose extra-pulmonaire. — 12. Vendredi 21 décembre : Crénothérapie des maladies de l'estomac et de l'intestin. — 13. Mercredi 16 janvier 1935 : Crénothérapie des maladies du foie et des voies biliaires. — 14. Vendredi 18 janvier : Stations créno-climatologiques des maladies du tube diges-

NOUVELLES *(Suite)*

tif (foie et estomac). — 15. Mercredi 23 janvier : Stations créno-climatologiques du tube digestif (intestin). — 16. Vendredi 25 janvier : Crénothérapie du diabète. — 17. Mercredi 30 janvier: Créno-climatothérapie de la goutte, de l'oxalémie et de l'obésité. — 18. Vendredi 1er février : Crénothérapieclimato du rhumatisme chronique. — 19. Mercredi 6 février : Séance cinématographique (Les grandes stations créno-climatiques françaises). — 20. Vendredi 8 février : Crénoclimatothérapie du système nerveux. — 21. Mercredi 15 février : Créno-climatothérapie des affections gynécologiques. — 22. Vendredi 15 février : Créno-climatothérapie des affections gynécologiques. — 22. Vendredi 15 février : Créno-climatothérapie de la syphilis et des maladies de la peau. — 23. Mercredi 20 février : Créno-climatothérapie des maladies des enfants.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). Professeur : M. OMBRÉDANNE. — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 30 : Examens de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par M. Leveuf, agrégé à la Faculté, par M. Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant du service ou M. Bertrand, chef de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 30 : Opérations par le professeur. Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l''instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 30 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (MM. Lance, Huc, Aurousseau).

Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Georges GUILLAIN commencera son cours de clinique, le vendredi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du lundi 5 novembre, conférences de sémiologie par M. Th. Alajouanine, agrégé; MM. Desoille, P. Guillain, Rudaux, Sigwald, chefs de clinique ; MM. Bize, Darquier, Lereboullet, Mathieu, Michaux, Mollaret, Périsson, Rouquès, Schmite, de Sèze, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le professeur.

Examens de psychiatrie par M. N. Péron, médecin des hôpitaux, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. R. Garcin, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de biologie, le jeudi, à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures.

Démonstrations de malariathérapie, par M. Mollaret, chargé du centre de malariathérapie de la Salpêtrière, les mercredis et samedis, à 10 heures.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothéapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Examens de neurologie oculaire par M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, le lundi, à 10 heures ; M. Parfonry, ophtalmologiste des hôpitaux, le vendredi, à 14 heures, et M. Hudelo, le jeudi à 10 heures.

Examens otologiques, par M. Aubry, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi, à 10 heures.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie seront faits en mai et novembre 1935.

Un cours de sémiologie du système nerveux sera fait par M. Th. Alajouanine, agrégé, en mai 1935.

Un cours sur la pathologie des nerfs craniens sera fait par M. R. Garcin, médecin des hôpitaux, en janvier 1935.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand, en juin 1935,

Cours de botanique et de matière végétale médicales (Corporation des étudiants en médecine, 2, rue Dante, Paris). — M. Jean de Goldfiem, et Mme Alice de Goldfiem, chef de travaux, feront un cours du 19 novembre 1934 au 8 juin 1935.

Ce cours s'adresse aux médecins et étudiants en médecine et en pharmacie, aux aspirants au diplôme d'herboriste ainsi qu'aux vétérinaires désireux d'obtenir des connaissances précises sur l'étude des plantes médicinales et de leurs propriétés.

Pour tous renseignements relatifs au programme et aux inscriptions qui seront reçues du 25 octobre au 15 novembre, écrire à M. de Goldfiem, 42, place Jules-Ferry, à Montrouge (Seine).

Marine. — Est promu au grade de médecin général de 1re classe, le médecin général de 2e classe Brunet.

Le médecin général de 1re classe Brunet est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

Est promu au grade de médecin général de 2e classe, le médecin en chef de 1re classe Balcam.

Le médecin général de 2e classe Balcam est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

Le médecin principal Durieux est promu au grade de médecin en chef de 2e classe, et admis, sur sa demande, à la retraite.

Les pharmaciens chimistes principaux Vallery et Petiot sont promus au grade de pharmaciens chimistes de 2e classe, et admis, sur leur demande, à la retraite.

Le médecin en chef de 1re classe Ployé, médecin-chef de l'hôpital maritime de Cherbourg, est nommé aux fonctions de membre du Conseil supérieur de santé de la marine, à Paris.

NOUVELLES *(Suite)*

Les médecins étrangers en Angleterre. — A la suite d'une réunion de l'Association médicale britannique tenue à Dublin, il a été convenu que les médecins étrangers venus en Angleterre devraient, pour avoir le droit d'exercer la médecine, subir l'examen d'un brevet théorico-clinique, après une période d'apprentissage.

En raison de l'afflux des médecins étrangers, on a décidé de fixer la période d'apprentissage à trois ans.

Jusqu'à présent, l'examen a pu être subi par 180 médecins dont 130 resteront en Angleterre.

De nouvelles immigrations de médecins en Angleterre se produiront dans les prochaines années; toutefois les difficultés sont augmentées pour eux en raison de cette disposition.

Noël sur la Côte d'azur. — Le XI[e] Voyage Médical international sur la Côte d'azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen français, aura lieu, comme de coutume, durant les vacances de Noël, du 26 décembre 1934 au 3 janvier 1935.

Ce voyage sera placé sous la présidence de M. le doyen et la direction scientifique de MM. les professeurs de la Faculté de Paris. Des médecins et des historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, assureront les démonstrations nécessaires. Tous les parcours seront effectués en auto-cars et les logements réservés dans les meilleurs hôtels. Les adhérents recevront des permis pendant un mois. Le droit d'inscription est de 100 francs. Les membres de la famille du médecin sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. Le nombre des places est limité. L'inscription est ouverte depuis le 1[er] octobre.

Pour tous renseignements et pour le programme, s'adresser au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Institut d'actinologie. — Un cours sur les ondes courtes en thérapeutique, avec présentation d'appareils et démonstrations de technique, sera fait à l'Institut d'actinologie les lundi 17, mardi 18 et mercredi 19 décembre de 20 h. 30 à 23 heures.

17 *décembre.* — M. Saidman : Principe de l'appareillage. — M. Jean Meyer : Physiologie. — M. Roger Cahen : Démonstration.

18 *décembre.* — Auclair : M. Electropyrexie. — M. Dausset : Irradiations générales sans fièvre artificielle.

19 *décembre.* — Saidman, MM. Jean Meyer et Krainik : Irradiations régionales et locales.

S'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle. Vaug. 17-07 (223, rue de la Convention).

Prix. — Médecins : 200 francs ; étudiants : 100 francs.

XII[e] Congrès international de pharmacie. — Ce congrès se tiendra à Bruxelles du 30 juillet au 5 août 1935. Il coïncidera avec le centenaire de la Société de pharmacie d'Anvers.

La section scientifique sera présidée par M. le professeur F. Schoofs (de Liége) ; la section des intérêts professionnels sera présidée par M. G. Van de Vorst. La présidence du comité d'organisation est assumée par M. R. Pattou, président de la Nationale pharmaceutique, échevin de la ville de Bruxelles. Le secrétaire général est M. Breugelmans, le trésorier M. Daminet.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, 3, rue du Gouvernement provisoire, à Bruxelles.

Ecole de perfectionnement des médecins de réserve de la région de Paris (Année scolaire 1934-1935). — PROGRAMME DES CONFÉRENCES, EXERCICES PRATIQUES ET SUJETS DES TRAVAUX ÉCRITS PROPOSÉS. — *Programme des conférences.*

19 novembre 1934 : M. le D[r] Godlewski. — Les épidémies de grippe dans les armées en campagne. Leur prophylaxie.

17 décembre 1934 : M. le médecin commandant de réserve Huber, médecin des hôpitaux. — Comment soigner les ictères dans les armées en campagne.

21 janvier 1935 : M. le médecin capitaine de réserve Robert Monod, chirurgien des hôpitaux. — Comment pratiquer l'anesthésie opératoire aux armées. Technique et organisation.

18 février 1935 : M. le médecin colonel de réserve G. Lardennois, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — Comment traiter les blessés shockés.

18 mars 1935 : M. le médecin commandant de réserve Clovis Vincent, médecin des hôpitaux. — Les principes qui commandent le traitement des plaies de guerre du crâne.

8 avril 1935 : M. le médecin capitaine de réserve J. Leveuf, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — Comment prévenir et comment traiter les ostéomyélites des membres consécutives au traumatisme osseux par projectiles de guerre.

(*Ces conférences ont lieu à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, à 21 heures, le troisième lundi de chaque mois, à l'exception de la conférence n° 6.*)

Programme des exercices pratiques. — *Nota.* — *Les officiers sont répartis en équipes d'environ* 35. — I. *Médecins officiers supérieurs* (équipes 1-2-3). — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre École pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 heures : les trois équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre d'aile), par M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 5 novembre 1934, à 21 heures : les trois équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre en retraite), par M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 12 novembre 1934, à 21 heures : les trois équipes.

La médecine légale aux armées, par M. le médecin lieutenant-colonel de réserve Duvoir, et M. le médecin capitaine de réserve Piédelièvre, professeurs agrégés, amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas, 14 novembre 1934, à 21 heures : les trois équipes.

1° Conditions de séjour en milieu confiné avec applications pratiques aux abris sanitaires, postes de secours mobiles et relais sanitaires ; 2° Aménagement, équipement et visite d'un poste installé, par M. le pharmacien colonel Bruère, 6, boulevard des Invalides, 18 novembre 1934, à 9 heures, équipe n° 1 et les officiers de l'équipe n° 2 dont les noms commencent par les lettres A B C D ; à 10 h. 15, équipe n° 2 de la lettre E à Z et équipe n° 3.

Appareillage de traitement des fractures de guerre du membre supérieur et du membre inférieur, par M. le

NOUVELLES *(Suite)*

médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, vendredi 1er février 1935, à 21 heures, équipe n° 1 et les officiers de l'équipe n° 2 dont les noms commencent par les lettres A B C D ; vendredi 8 février 1935, à 21 heures, officiers de l'équipe n° 2 de la lettre E à Z et équipe n° 3.

Le médecin « Z ». — Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, dimanche 5 mai 1935, à 10 heures : les trois équipes.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 heures : les trois équipes.

La guerre de mines : l'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 heures : les trois équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 3 juin 1935, à 21 heures : les trois équipes.

II. *Médecins capitaines* (équipes 4-5-6-7-8). — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 heures : les cinq équipes.

Transfusion et thérapeutique d'urgence des états hémorragiques. Démonstration d'appareils, par M. le médecin capitaine de réserve Tzanck, médecin des hôpitaux, et ses assistants, salle de cours de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, 20 novembre 1934, à 21 heures : équipes 4-5-6 ; 23 novembre 1934, à 21 heures : équipes 7-8.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre d'aile), M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 3 décembre 1934, à 21 heures : les cinq équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre de retraite), M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 10 décembre 1934, 21 heures : les cinq équipes.

Traitement de l'asphyxie. Emploi des masques et appareils inhalateurs, par M. le médecin-chef du régiment des sapeurs-pompiers assisté des médecins en sous-ordre, caserne du Vieux-Colombier, 11, rue du Vieux-Colombier, 14 janvier 1935, à 21 heures : équipes 4-5-6 ; 28 janvier 1935, à 21 heures : équipes 7-8.

Présentation d'appareils techniques du service de santé, par M. le lieutenant-colonel d'administration Durand, gestionnaire (E. C. O. A. T.) et les officiers d'administration de l'établissement, à l'établissement central des organes et appareils techniques du service de santé au fort de Vanves, 31 mars 1935, à 9 heures : les cinq équipes.

Visite de la pharmacie centrale de l'armée. Démonstrations pratiques à l'atelier des thermomètres et à l'atelier de radiologie, sous la direction du pharmacien colonel Vannier, pharmacien en chef, et des pharmaciens militaires du service, à la pharmacie centrale du fort de Vanves, à Malakoff, 7 avril 1935, à 9 heures : équipes 4-5 ; à 10 h. 15 : équipes 6-7-8.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 heures : les cinq équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 13 mai 1935, à 21 heures : les cinq équipes.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 heures : les cinq équipes.

La guerre de mines. L'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 heures : les cinq équipes.

III. *Médecins lieutenants et médecins sous-lieutenants* (sont répartis en deux séries de douze équipes). — Première série : équipes numérotées de 9 à 20 inclus. — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 heures : les douze équipes.

L'examen médical des candidats à l'aviation. Démonstration des appareils, sous la direction du Dr Garsaux, assisté des Drs Fombeure, Rouget, Tribout, Behague, centre examen médical de l'aéronautique, Pavillon Paul Bert, port aérien du Bourget, 21 octobre 1934, à 9 heures : équipes 9-10-11 ; à 10 heures : équipes 12-13-14 ; 28 octobre 1934, à 9 heures : équipes 15-16-17 ; à 10 heures : équipes 18-19-20.

1° Conditions de séjour en milieu confiné avec applications pratiques aux abris sanitaires : P. S. mobiles et relais de secours ; 2° Aménagement, équipement et visite d'un poste installé, par M. le pharmacien colonel Bruère, 6, boulevard des Invalides, 25 novembre 1934, à 9 heures : équipes 9-10 ; à 10 heures : équipes 11-12. — 2 décembre 1934, à 9 heures : équipes 13-14 ; à 10 heures : équipes 15-16. — 9 décembre 1934 : à 9 heures : équipes 17-18 ; à 10 heures : équipes 19-20.

Fonctionnement d'un poste de secours divisionnaire, par M. le médecin commandant Petit, Ecole supérieure de guerre, 7 janvier 1935, à 21 heures : équipes 9-10-11-12-13-14.

Fonctionnement du service de santé dans un train sanitaire, par M. le médecin commandant Petit, Ecole supérieure de guerre, 14 janvier 1935, à 21 heures : équipes 15-16-17-18-19-20.

Installation du service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 28 janvier 1935, à 21 heures : équipes 9-10-11-12.

Fonctionnement du service de santé régimentaire au cours d'une marche, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 4 février 1935, à 21 heures : équipes 9-10-11-12-13-14.

NOUVELLES *(Suite)*

Fonctionnement du service de santé régimentaire d'un dépôt à la mobilisation, par M. le médecin commandant Martinet, École supérieure de guerre, 11 février 1935, à 21 heures : équipes 15-16-17-18-19-20.

Appareillage d'urgence et de transport des fractures de guerre (membres supérieurs et membres inférieurs), par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 15 février 1935, à 21 heures : équipes 9-10-11. — 22 février 1935, à 21 heures : équipe 20.

Quelques appareillages d'urgence et de traitement des fractures de guerre, par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 1er mars 1935, à 21 heures : équipes 12-13-14-15. — 8 mars 1935, à 21 heures : équipes 16-17-18-19.

Visite de la pharmacie centrale de l'armée : démonstrations pratiques à l'atelier des thermomètres et à l'atelier de radiologie, sous la direction du pharmacien colonel Vannier, pharmacien en chef, et des pharmaciens militaires du service, à la pharmacie centrale du fort de Vanves, 17 mars 1935, à 9 heures : équipes 9-10-11 ; à 10 heures : équipes 12-17-18. — 24 mars 1935, à 9 heures : équipes 13-14-15 ; à 10 heures : équipes 16-19-20.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 25 mars 1935, à 21 heures : équipes 13-14-15-16.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 heures : toutes les équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 6 mai 1935, à 21 heures : équipes 17-18-19-20.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 heures : les douze équipes.

Deuxième série : équipes numérotées de 21 à 32. — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 heures : les douze équipes.

Service de santé régimentaire et divisionnaire au cours du mouvement d'une D. I. par voie de terre, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 22 octobre 1935, à 21 heures : équipes 26-28-31-32.

Transfusion et thérapeutique d'urgence des états hémorragiques. Démonstrations d'appareils, par M. le médecin capitaine de réserve Tzanck, médecin des hôpitaux, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 6 novembre 1934, à 21 heures : équipes 21-22-23. — 9 novembre 1934, à 21 heures : équipes 24-25-26. — 13 novembre 1934, à 21 heures : équipes 27-28-29. — 16 novembre 1934, à 21 heures : équipes 30-31-32.

Installation du service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 26 novembre 1934, à 21 heures : équipes 21-23-24-25.

Appareillage d'urgence et de transport des fractures de guerre (membres supérieurs et membres inférieurs), par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 22 février 1935, à 21 heures : équipes 31-32.

Repli d'une division, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 25 février 1935, à 21 heures : équipes 22-27-29-30.

Le service de santé régimentaire au combat. I. Infanterie, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 4 mars 1935, à 21 heures : équipes 21-22-23-24-25-26. — 11 mars 1935, à 21 heures : équipes 27-28-29-30-31-32.

Le service de santé régimentaire au combat. II. Artillerie, cavalerie, par M. le médecin commandant Martinet, École supérieure de guerre, 1er avril 1935, à 21 heures : équipes 21-22-23-24-25-26. — 5 avril 1935, à 21 heures : équipes 27-28-29-30-31-32.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 heures : toutes les équipes.

Présentation du matériel du service de santé : 1° Le matériel régimentaire ; 2° le matériel du groupe sanitaire divisionnaire d'une D. I., par M. le médecin capitaine Sarroste, au dépôt régional de matériel du service de santé, 7, rue Larmeroux, à Vanves, 19 mai 1935, à 9 heures : équipes 21-22-23-24-25-26 ; à 10 h. 15 : équipes 27-28-29-30-31 et 32.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 heures : toutes les équipes.

1° Présentation de moyens de transport du service de santé ; 2° Présentation d'un poste de secours régimentaire déployé dans la poterne ouest du Fort, par un médecin de l'Ecole supérieure de guerre, établissement central des organes et appareils techniques du service de santé, fort de Vanves, 26 mai 1935, à 9 heures : équipes 27-28-29-30-31-32 ; à 10 h. 15 : équipes 21-22-23-24-25-26.

La guerre de mines. L'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 heures : toutes les équipes.

Travaux écrits. — Trois travaux écrits obligatoires sur les matières traitées au programme des conférences et exercices pratiques, dont un sur les gaz de combat, devront parvenir au directeur de l'école de perfectionnement du service de santé, Hôtel des Invalides, avant le 10 juin 1935.

1° *Médecins officiers supérieurs*. — Sujets obligatoires : Le médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Les évacuations sanitaires de la zone des armées dans la guerre de mouvement : 1° voie routière ; 2° voie ferrée ; 3° voie fluviale ;

NOUVELLES *(Suite)*

4° voie aérienne. — Corps d'armée : plan d'hospitalisation et d'évacuation du 10e corps d'armée. — Armée : composition et rôle de l'H. O. E.[1] et des formations adjacentes fonctionnant au profit du 10e C. A. Fonctionnement au cours d'une journée active (900 pertes santé dont 300 gazés). — H. O. E. secondaire : composition et rôle d'un H. O. E.[2] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (cinq trains mixtes, dont deux de gazés).

2° *Médecins capitaines.* — Sujets obligatoires : Le médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Les évacuations sanitaires de la zone des armées dans la guerre de mouvement : 1° voie routière ; 2° voie ferrée ; 3° voie fluviale ; 4° voie aérienne. — Corps d'armée : plan d'hospitalisation et d'évacuation du 10e C. A. — Armée : Composition et rôle de l'H. O. E.[1] et des formations adjacentes fonctionnant au profit du 10e C. A. Fonctionnement au cours d'une journée active (900 pertes santé dont 300 gazés). — H. O. E. secondaire : Composition et rôle d'un H. O. E.[2] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (cinq trains mixtes, dont deux de gazés).

3° *Médecins lieutenants et sous-lieutenants.* — Première série (équipes 9 à 20). — Sujets obligatoires : Le médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Fonctionnement d'un poste de secours divisionnaire. — Organisation du service de santé d'un régiment d'infanterie allant effectuer une marche. — Service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif. Exposé des dispositions à prendre sur intervention de l'ennemi (incidents indiqués au cours de l'exercice pratique). — Composition et rôle d'un H. O. E.[1] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (cinq trains mixtes, dont deux de gazés). — Le service de santé régimentaire d'un dépôt à la mobilisation. — Le service de santé dans un train sanitaire. — Le service de santé dans la guerre de montagne. — Le service de santé dans les unités motorisées.

Deuxième série (équipes 21 à 32). — Sujets obligatoires : Le médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Organisation du service de santé d'un régiment d'infanterie en vue d'un combat offensif. — Organisation du service de santé d'un régiment de cavalerie au combat. — Proposition au colonel sur les mesures à prendre pendant la marche. Campement. Collaboration médicale à la discipline de marche. Mesures sanitaires au départ du cantonnement. — Ordre de mouvement du G. S. D. Campement. Tournée de ramassage. Renfort de voitures aux corps de troupe. Postes de recueil. Evacuations. — Le service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif. Exposé des dispositions à prendre sur intervention de l'ennemi (incidents indiqués au cours de l'exercice pratique). — Suivant le rôle distribué au cours de l'exercice : Groupe de reconnaissance : Conduite à tenir en face d'un incident indiqué au cours de l'exercice pratique ; Autres corps de troupe : Description et calque de l'organisation sanitaire de la position défensive intermédiaire ; Groupe sanitaire divisionnaire : Installation d'un P. S. D. réduit derrière la position intermédiaire, dispositions à prévoir pour le repli du P. S. D.

Renseignements importants. — Carte de surclassement : en application des instructions ministérielles nos 15.541-1/7 du 28 octobre 1931 et 6.106-3/11-4 du 20 mai 1932, les conditions exigées pour l'obtention de la carte de surclassement sont fixées comme suit : Assiduité à un minimum de douze séances d'instruction comprenant au moins huit exercices pratiques ; production de trois travaux écrits effectués à domicile, choisis parmi les sujets proposés et témoignant d'un effort réel de la part de leurs auteurs.

Cartes de surclassement des officiers de réserve rayés des cadres. — En exécution de la dépêche ministérielle n° 5515-3/11-4, du 23 juin 1930, un officier de réserve, atteint par la limite d'âge et rayé des cadres dans le cours d'une année scolaire donnée, conserve jusqu'à l'expiration de sa validité la carte de surclassement obtenue par son assiduité à l'école de perfectionnement des officiers de réserve dans l'année qui précède sa radiation.

Cet officier ne peut prétendre, à aucun titre, à la carte dont la validité commence au 1er octobre qui suit la date de la limite d'âge.

Thèses de la Faculté de médecine. — 12 *Novembre.* — M. Moulle, De la méthode dans l'examen radiologique du poumon.

NOUVELLES *(Suite)*

13 *Novembre.* — M. AMPHOUX, Les hémorragies méningées cataméniales. — M. PONSAC, Maternité et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. — M. ROTENSTEIN, Nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. GAUTHIER, Déformation de la tête fœtale dans la présentation du siège. — Mlle MARGOSCHES, Les indications thérapeutiques du sérum de génisse en médecine humaine. — M. NEVON, Quelques considérations sur l'état du col utérin six semaines après l'accouchement.

15 *Novembre.* — M. LESAGE, A propos d'un cas de pancréatite ligneuse chez un syphilitique ayant un syndrome d'ictère chronique par rétention. — M. VEXLER, L'état actuel de la prophylaxie de la fièvre ondulante en France.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

17 NOVEMBRE. — *Tunis.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

18 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49 rue des Saints Pères, 10 heures M. le Pr BAUDOUIN : Données récentes sur la névralgie faciale.

19 NOVEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin adjoint à l'hôpital de Constantine.

19 NOVEMBRE. — *Paris.* Ecole du Val-de-Grâce. Concours de professeur agrégé à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours d'assistants d'électroradiologie des hôpitaux de Paris.

20 NOVEMBRE. — *Toulon.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Toulon.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Concours d'agrégation des Facultés de médecine, deuxième degré.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

20 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MARCEL LABBÉ : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance. 10 h. 45 : M. le professeur LEREBOULLET : L'anorexie du nourrisson.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

21 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers, 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Classification des néphrites.

22 NOVEMBRE. — *Rouen.* Concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Rouen.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. PARANDEL : Falsifications alimentaires. Comment en déceler quelques unes facilement.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr René FAUVEL : Que penser des cures de rajeunissement.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié. Clinique thérapeutique, 10 heures. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

22 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtal-

NOUVELLES *(Suite)*

mologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 10 heures : M. le professeur BEZANCON : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

23 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Melun.* Hôpital. Concours de l'internat de l'hôpital de Melun.

24 NOVEMBRE. — *Marseille.* Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

26 NOVEMBRE. — *Paris.* Hospice des Quinze-Vingts. Concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

28 NOVEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

30 NOVEMBRE. — *Clermont (Oise).* Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

30 NOVEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

30 NOVEMBRE. — *Saint-Etienne.* Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

30 NOVEMBRE. — *Mâcon.* Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin inspecteur d'hygiène en Saône-et-Loire.

1er DÉCEMBRE. — *Rabat* (Direction de la santé et de l'hygiène publique). Clôture d'inscriptions pour le concours du prix Lyautey et Steig.

3 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (salle des commissions), 9 heures. Concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

3 DÉCEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin suppléant d'électro-radiologie de l'hôpital d'Oran.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne, 20 h. 30 (mairie du VIe arrondissement). M. GEORGIA KNAP : Le rhumatisme s'efface rapidement comme le crayon sous la gomme par la pratique du végétarisme.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr Gaston ELIET : Exposé général de la médecine naturelle.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours de nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 DÉCEMBRE. — *Montevideo.* Congrès panaméricain de tuberculose.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Concours pour le poste de médecin-chef du service de neuropsychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

10 DÉCEMBRE. — *Clermont (Oise).* Concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

12 DÉCEMBRE. — *Alger.* Gouvernement générale de l'Algérie. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Menerville.

14 DÉCEMBRE. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

14 DÉCEMBRE. — *Limoges.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

VARIÉTÉS

MÉDECINS ET RÉQUISITIONS MILITAIRES DE VOITURES

Par E.-H. PERREAU

Professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse

Cette matière des réquisitions militaires, soumise en principe à la loi 3 juillet 1877, a été, depuis lors, l'objet de lois nombreuses avant ou après la dernière guerre. Notamment la seule réquisition des automobiles a été l'objet de trois grandes lois successives, se remplaçant l'une l'autre : loi 22 juillet 1909, loi 19 juin 1928 et tout récemment loi 18 juin 1934. D'ailleurs, en cette même matière on peut discuter sur la partie des lois du 30 avril 1921 et 11 juin 1934 s'étendant à l'ensemble des véhicules.

A l'égard des réquisitions d'autos, les médecins jouissent d'un avantage appréciable, qui ne leur est pas reconnu, au contraire, pour leurs autres véhicules (voitures à traction animale, motocyclettes, side-cars, bicyclettes, etc.). Précisons donc leurs droits, qui ont donné lieu, au cours de la dernière guerre, à de vives contestations.

I. — Autos médicales.

Elles sont, en thèse générale, comme les autres autos, comme les autres moyens de transports, susceptibles de réquisitions militaires, dans toutes les circonstances où le droit de requérir est ouvert à l'armée par la loi (mobilisation générale, mobilisation partielle, rassemblement de troupes : loi 18 juin 1934, art 1er ; loi 3 juil. 1877, art 1er).

Toutefois une exception est faite, à raison d'une auto par médecin. Cette exception fut reproduite par les trois lois successives en la matière, mais avec une partie différente (loi 22 juil. 1909, art. 5, § 5 ; loi 19 juin 1928, art. 9, § 3 ; loi 18 juin 1934. art 10, § 3). Elle n'était pas contenue dans la rédaction du texte voté par la Chambre destiné à devenir la première de ces lois. Elle fut introduite sur une observation de M. Fortier, au Sénat, disant : « Dans les campagnes, les médecins sont obligés d'avoir une auto. Il est évident que, si l'on devait réquisitionner leurs voitures, on les mettrait dans un grand embarras et les malades en souffriraient » (Sénat 13 juil. 1909, *Journ. officiel* 14 juil., Débats parl., Sénat, p. 760). Depuis lors, l'exemption a toujours été reproduite. Retenons qu'elle est admise non pas tant pour la commodité du médecin que pour la nécessité des malades.

En 1909, l'exception était, à un premier point de vue, plus large qu'aujourd'hui. Car l'auto médicale était non seulement exemptée de réquisition mais dispensée d'inscription sur les listes générales de classement des autos (loi 22 juil. 1909, art. 5, § 1er ; loi 19 juin 1928, art. 9, § 1er). La loi actuelle spécifie au contraire expressément qu'elle reste soumise à l'obligation de la déclaration au préfet de la résidence du médecin (loi 18 juin 1934, art. 10, § 1er).

A un autre point de vue, les lois de 1928 et 1934 sont plus larges que la première. Celle-ci n'édictait de dispenses qu'en faveur des autos des « docteurs en médecine » ; les deux suivantes exemptent également celles des vétérinaires et sages-femmes. Sans doute faut-il, malgré son caractère exceptionnel, étendre la même dispense à l'auto d'un officier de santé, celui-ci possédant, depuis la loi du 30 novembre 1892, toutes les prérogatives du docteur en médecine.

Restait un troisième point très controversé. Sans doute, sous l'empire de la loi de 1909 nul n'appliquait pareil avantage au médecin ayant cessé définitivement d'exercer la médecine ; mais que décider au cas d'empêchement purement temporaire, spécialement l'éloignement du médecin de sa résidence pour accomplir ses obligations militaires, surtout en cas de mobilisation ?

Pendant la dernière guerre, en général l'autorité militaire trancha la question dans le sens le plus sévère, décidant que la mobilisation du médecin hors de sa commune lui enlevait l'avantage de l'exemption. C'était oublier totalement la raison d'être de cette dernière, considérée avant tout dans l'intérêt du malade. Or, après le départ d'un médecin mobilisé, les besoins de ces derniers restent les mêmes. Les malades devront trouver un suppléant de leur précédent médecin et seront donc sacrifiés quand le remplaçant n'aura pas d'auto.

Cette solution est d'autant plus paradoxale que, dans une guerre prolongée, comme la dernière, le suppléant sera le plus souvent soit un vieux praticien reprenant l'exercice de son art, soit un médecin mobilisé blessé, renvoyé en congé de convalescence. Le cas s'est présenté assez souvent pendant la dernière guerre pour ne pas être taxé d'imaginaire. L'âge du vieux praticien, la blessure du médecin renvoyé à l'intérieur lui rendra les déplacements particulièrement difficiles, inconvénient évité s'il avait pu se servir de l'auto du médecin remplacé.

La controverse paraît avoir été tranchée dans le sens le plus sévère par les lois de 1928 et 1934 disant seulement : « à condition qu'ils exercent réellement leur profession », déclaration qui n'aurait pas d'utilité si elle visait seulement les médecins ayant définitivement cessé d'exercer leur art, car alors ils ne sont plus véritablement médecins.

VARIÉTÉS *(Suite)*

A la vérité, la pratique admettait, pendant la dernière guerre, que l'autorité civile (préfectorale ou municipale) pouvait officieusement intervenir pour obtenir de l'autorité militaire un sursis renouvelable à la réquisition d'une auto actuellement nécessaire aux besoins de la population. Il eût été bon de consacrer formellement cette faculté d'intervenir, d'en préciser les conditions et les effets ; au besoin, de prévoir un recours simple et rapide en cas de rejet. Le plus simple n'eût-il pas été de maintenir l'exemption de réquisition, après mobilisation du médecin, chaque fois qu'une délibération municipale, dès le temps de paix, en eût demandé le maintien ?

II. — Autres véhicules médicaux.

Nulle exemption du même genre, même limitée à un seul, fût-ce en l'absence d'auto, n'est prévue pour les autres véhicules quelconques du médecin, par l'article 40 de la loi du 3 juillet 1877. A leur égard, le médecin ne bénéficie donc que des avantages accordés à toute personne par le droit commun.

Les moyens d'attelage et de transport ne peuvent être requis, chaque fois, que pour une durée maximum de vingt-quatre heures (loi 3 juil. 1877, art. 5 *in fine*). Cependant leur réquisition est permise sans condition de durée au cas de mobilisation, même partielle, depuis 1877. La loi du 30 avril 1921 assimile à celle-ci le rassemblement de troupes sur appel des réservistes par ordre individuel.

La loi du 11 juin 1934 ne modifie pas ces dispositions.

Quand chevaux, voitures ou harnais sont requis pour un déplacement excédant cinq jours avant leur retour, on doit, avant la livraison à l'autorité militaire, les estimer contradictoirement entre le maire et l'officier requérant. En cas de perte ou dégradation, le chef du détachement du convoi délivre au conducteur un certificat constatant le fait, sa cause probable et l'estimation si elle n'est déjà faite (déc. 2 août 1877, art. 14 et 15). S'il le refuse, le conducteur s'adresse au juge de paix ou au maire (art. 16).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE CHIRURGIE

DEUXIÈME QUESTION

Traitement des arthrites suppurées du genou, en dehors des traumatismes de guerre.

Résumé du rapport de MM. HUET (de Paris) et de FOURMESTRAUX (de Chartres).

Le titre même du travail paraît discutable aux rapporteurs. Il n'y a pas, à la réflexion, de différences tellement tranchées entre les traumatismes de guerre et ceux de la pratique civile. « Il n'y a pas de chirurgie de guerre », disait Lecène, « mais seulement la Chirurgie, dont les principes doivent être appliqués avec sagacité suivant les circonstances ».

Cette mise au point étant faite, les auteurs nous annoncent qu'ils laisseront de côté les arthrites suppurées d'origine blennorragique, si bien étudiées par Mondor, et qui, manifestement, n'entrent pas dans les limites de la question.

En présence d'une arthrite traumatique suppurée du genou, le chirurgien doit poursuivre trois buts : d'abord sauver la vie, puis conserver le membre ; enfin, s'efforcer d'obtenir par des soins judicieux le meilleur fonctionnement de l'articulation lésée.

Prendre parti entre ces trois alternatives sera pour chaque cas affaire de sens clinique. Au total, c'est à tenter de préciser les circonstances auxquelles on devra appliquer la thérapeutique conservatrice, celles dans lesquelles on devra accepter l'ankylose et celles pour lesquelles l'amputation seule pourra sauver « la vie », que les rapporteurs vont consacrer leur étude.

Fréquence et étiologie. — Trois mécanismes sont possibles.

a. L'infection articulaire par effraction ;

b. L'infection articulaire par lésion suppurée ou infection de voisinage ;

c. L'infection d'origine hématogène.

Il faut savoir que les épanchements articulaires louches ou puriformes qu'on observe au cours des maladies infectieuses sont presque toujours amicrobiens. Ils guérissent d'ordinaire à la suite d'une simple ponction.

L'agent causal le plus fréquemment rencontré est le streptocoque. La présence du pneumocoque, quoique rare, mérite d'être signalée. On la rencontre au cours des pneumococcies, dans la broncho-pneumonie, la pneumonie franche aiguë. C'est entre le dixième et le quinzième jour qu'apparaît l'arthrite. Quoi qu'on en ait dit, elle se rencontre chez l'enfant comme chez l'adulte. On a pu, exceptionnellement, déceler la présence du bacille d'Eberth, et dans un cas de E. Michon, la dothiénentérie remontait à vingt ans ; le squelette ne présentait aucune lésion à l'examen radiographique.

Arthrites de causes chirurgicales. — A. *Arthrites traumatiques.* — Ce sont les plus fréquentes. Elles apparaissent comme la conséquence de plaies articulaires accidentelles méconnues, ou de plaies manifestes mais insuffisamment ou trop tardivement traitées. Le plus souvent il s'agit de plaies dont on n'a pas extrait le corps étranger inclus. Une fracture exposée, diaphysaire basse du fémur, peut avoir intéressé l'extrême fond du cul-de-sac quadricipital ; de même certaines lésions de la région poplitée.

Mais il n'y a pas que les plaies accidentelles qui puissent donner naissance aux arthrites suppurées du genou. Les interventions chirurgicales pratiquées à son voisinage

peuvent être la cause de pyarthroses graves. L'extension continue par les procédés modernes qui s'appliquent directement sur l'os, a été parfois responsable d'accidents redoutables. Des interventions d'apparence insignifiante ont pu aboutir à cette redoutable complication, telles la suture de la rotule, ou l'ablation d'un kyste poplité.

B. *Arthrites non traumatiques.* — Elles résultent de la propagation d'infections de voisinage gagnant la synoviale.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'ostéomyélite. Chez le nourrisson, l'ostéomyélite épiphysaire infecte d'emblée l'articulation, à telle enseigne qu'ostéomyélite et arthrite suppurée ne font qu'un. Chez l'adolescent et chez l'adulte souvent, l'ostéomyélite du bulbe peut se compliquer également de pyarthrose, mais deux mécanismes sont possibles :

I. Dans l'un, il y a irruption brusque du pus dans l'article, par perforation du cartilage conjugal, décollement capsulo-periosté ; il s'agit d'une arthrite suppurée grave d'emblée, septique au maximum.

II. Dans l'autre, l'infection se fait par filtration lente L'épanchement est peu virulent et cède à un traitement simple, à condition qu'on traite énergiquement la lésion osseuse dont vient tout le mal.

A ces arthrites suppurées non traumatiques il convient d'annexer deux autres causes: les bursites suppurées et les lymphangites septiques du membre inférieur. Dans tous ces cas, le streptocoque est en cause.

Remarques sur la bactériologie et la cytologie. — La connaissance des germes pathogènes n'aurait pour les auteurs qu'une importance relative. La gravité de l'affection ne serait pas fonction du germe responsable. Il importerait cependant d'identifier ce dernier pour le cas où l'on aurait confiance aux thérapeutiques dites spécifiques.

L'examen cytologique de l'épanchement articulaire portant sur le résultat de ponctions répétées peut fournir d'utiles indications pratiques. Il y a là un élément d'appréciation du progrès ou de la régression de l'infection en cause.

Au total, toutes les méthodes employées dans le traitement des arthrites suppurées du genou ont connu des succès et des insuccès. C'est que les formes en sont très diverses et les cas différents. Un même traitement ne saurait donner des résultats constants.

Physio-pathologie. — L'articulation réagit contre l'infection par des procédés qui lui sont propres. La synoviale n'est pas histologiquement une séreuse, mais, dans ses « façons d'agir », elle présente avec elle bien des analogies. Elle crée notamment un épanchement riche en albumine.

Les polynucléaires franchissent la barrière que constitue sa face interne, envahissent l'épanchement, s'attaquent aux molécules albuminoïdes, les transforment et les rendent telles qu'elles constituent alors un milieu éminemment favorable aux pullulations microbiennes.

On comprend, dans ces conditions, que l'évacuation par simple ponction du liquide ait pu donner d'excellents résultats thérapeutiques. Elle diminue la tension intra-articulaire, permet l'exsudation d'une nouvelle quantité de liquide frais, doué de propriétés bienfaisantes, en particulier d'un pouvoir bactéricide marqué.

A un stade plus avancé, l'épanchement n'est plus séro-purulent, il est constitué par du pus vrai avec polynucléaires et germes divers généralement abondants. La synoviale bientôt s'épaissira, se chargera de placards fibrineux et se laissera envahir par la flore microbienne surtout au voisinage du feuillet externe celluleux. Ce sera là l'origine des œdèmes périarticulaires et des infiltrations leucocytaires.

Le cartilage articulaire est pourvu d'une assez grande résistance à l'endroit de l'infection. Dans les cas traités trop tard ou insuffisamment, on verra ce cartilage s'éroder et l'ankylose s'installer. Parfois, l'infection se concentre pour ainsi dire au niveau du tissu spongieux de l'épiphyse, entraînant la nécessité d'une résection plus ou moins étendue.

Ainsi donc, à côté des ostéo-arthrites primitives où l'infection de l'os était initiale, celle de la synoviale secondaire, existent des cas où la synoviale est lésée tout d'abord, le squelette n'étant atteint que plus tardivement.

Rappel anatomique et anatomie pathologique. — Après un exposé rapide de l'anatomie du genou, les rapporteurs décrivent deux types anatomiques fondamentaux de pyarthroses :

a. *L'empyème articulaire*, ancienne synovite purulente de Volkmann qui constitue une forme favorable avec tendance manifeste à la réparation ; il s'agit de lésions superficielles de la synoviale ; le liquide distend la capsule et les ligaments, sans les infecter ; la fonction est entravée, mais non supprimée.

b. *Le phlegmon capsulaire ou panarthrite* qui se développe dans la celluleuse sous-synoviale. Rapidement l'impotence est absolue et des destructions graves atteignent capsule et ligaments, même si l'épanchement est peu abondant. C'est cette forme qui met parfois le membre entier en danger et menace la vie du malade. Ces deux formes existent bien réellement, mais on ne saurait faire entrer dans ce cadre trop schématique la totalité des cas.

Les fusées suppurées. — Les rapports qu'affecte la synoviale avec les bourses séreuses voisines expliquent la possibilité de ces fusées à distance : fusées fémorales par effondrement du cul-de-sac et de la bourse séreuse sous-quadricipitale, se dirigeant vers le quadriceps et gagnant parfois la loge des adducteurs ; fusées jambières à travers la bourse séreuse du demi-membraneux, du jumeau interne et du poplité, se dirigeant vers le mollet jusqu'au contact du soléaire. La propagation à l'articulation péronéo-tibiale se verrait dans 15 p. 100 des cas.

Les abcès. — Les rapporteurs adoptent la classification de Chaput :

a. Abcès du mollet, entre le jumeau et le soléaire, ou bien entre ce dernier et les muscles profonds ;

b. Abcès de l'angle condylo-diaphysaire ;

c. Abcès sous-tricipitaux, les plus fréquents, les plus précoces et qu'on trouve à la face postérieure du quadriceps crural ;

d. Abcès de la loge antérieure de la jambe.

Du point de vue des indications opératoires, il convient de distinguer les quatre aspects cliniques que voici :

1. L'empyème articulaire localisé au genou antérieur, ou étendu à la totalité de l'articulation ;

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

2. Le phlegmon capsulaire ;

3. Les ostéo-arthrites primitives ou secondaires ;

4. Les formes compliquées de fusées purulentes.

Diagnostic. — On se gardera de confondre l'arthrite suppurée et l'arthropathie tabétique. Cette erreur grossière est facilement évitable. La distinction est plus délicate avec certaines formes particulièrement sévères de rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic s'établira avant tout sur les caractères de l'épanchement et l'examen aux rayons.

Le prélèvement du liquide exige les précautions d'asepsie les plus minutieuses tant pour garder toute sa valeur à l'examen bactériologique qui suivra, que pour éviter une surinfection toujours grave.

Le plus souvent, on devra pratiquer la ponction au niveau de la partie antérieure de l'articulation. Le liquide sera rapidement transmis au laboratoire et l'ensemencement fait en milieu favorable.

Faute de prendre ces précautions, on peut voir se commettre les pires erreurs.

La radiographie sera souvent négative, mais parfois elle révélera le point de départ de l'infection : métaphysaire ou ostéo-myélitique.

Mais là ne se borne pas son utilité. Après une arthrotomie qui ne donne pas les résultats espérés, elle peut renseigner sur les altérations du cartilage et faire prévoir l'atteinte grave du squelette. Elle démontre dans ces cas l'inanité de tout traitement conservateur et indique la nécessité soit de réséquer l'article, soit d'amputer le membre.

Ses services peuvent être considérables dans la recherche des foyers ostéo-myélitiques de l'enfant.

Traitement. — Les interventions qui ont été préconisées et pratiquées sont, dans l'ordre d'importance croissante :

1° La ponction à l'aiguille ou au trocart ;

2° La ponction élargie au bistouri ;

3° Les arthrotomies ;

4° La synovectomie ;

5° L'opération de Lawen ;

6° La résection ;

7° L'amputation.

L'action salutaire de la *ponction simple*, même dans les cas d'arthrite à streptocoques, s'explique surtout par les modes de défense propres à la synoviale. Une fois vidée de son contenu, elle exsude une nouvelle provision de liquide frais apte à lutter de nouveau contre l'infection.

On lira avec intérêt les observations de Mauclaire, Quénu et Grégoire. Mais il va sans dire que de tels succès nécessitent après la ponction une surveillance attentive et prolongée.

L'*arthrotomie* peut porter sur des points différents ; ainsi est-on amené à distinguer :

a. Les arthrotomies simples linéaires, antérieures externes ou antérieures internes ;

b. Les arthrotomies de décharge, antérieures ou postérieures ;

c. Les arthrotomies élargies, sans mutilation de l'appareil extenseur, avec désinsertion de cet appareil.

L'arthrotomie antérieure externe est réalisée par une incision passant à 1 centimètre du bord externe de la rotule et s'étendant d'un point situé un peu au-dessous de la pointe de ces os et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de son bord supérieur. La synoviale est ouverte sur toute la longueur de l'incision cutanée. L'hémostase doit être soignée.

L'arthrotomie antérieure interne suppose une incision oblique en haut et en dedans, un peu arquée afin de ménager le bord du vaste interne.

La question du drainage est fort discutée. La plupart des auteurs semblent y renoncer en raison surtout de l'exfoliation des cartilages qu'entraîne assez vite le contact des drains. Sont discutées également l'opportunité des lavages articulaires et celle de la fréquence des pansements.

Les rapporteurs rappellent que Lucas-Championnière, puis récemment Willems ont insisté sur l'importance de la mobilisation précoce. Bien que tous les chirurgiens ne soient pas unanimes à reconnaître les bienfaits de la méthode, il semble qu'on puisse dans certains cas lui faire confiance ; mais encore faut-il se conformer aux prescriptions de Willems, c'est-à-dire : pratiquer une arthrotomie large et bilatérale et se borner à une mobilisation purement active, sans tenir aucun compte de la nature du microbe décelé.

L'avenir jugera le procédé ; il semble bien dès maintenant qu'il ne puisse guère être appliqué dans des cas d'arthrites suppurées graves d'emblée où le traitement classique immobilisateur reprend tous ses droits.

La synovectomie, dont Albertin s'est fait le défenseur, n'est indiquée que dans les arthrites sévères, persistantes, profondes. Elle comporte l'ablation plus ou moins étendue de la synoviale, mais laisse intacts ligaments et ménisques. Il semble qu'on ne l'ait que rarement pratiquée. Speed s'en montre partisan et conseille la mobilisation passive dès le deuxième jour.

La désarticulation temporaire du genou comprend la section du ligament rotulien, la section suffisante des ligaments latéraux pour permettre la demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Ainsi est obtenu un entrebâillement de l'articulation qu'on peut drainer et désinfecter. Lorsque la suppuration paraît enrayée, on procède à la réarticulation. Un double collier plâtré fémoral et tibial muni d'attelles latérales assure la contention. Malheureusement l'ankylose est quasi fatale.

L'opération de Lawen est un procédé de drainage ingénieux qui peut dans certaines circonstances parfaire une arthrotomie classique. Elle consiste, après arthrotomies postérieures externe et interne, à réséquer dans un plan frontal la partie postérieure des condyles et les deux ménisques, tout en laissant intacts les ligaments croisés et la face postérieure de la capsule. Là aussi l'ankylose est de règle.

La résection utilise l'incision en U de Farabeuf. La rotule est extirpée après relèvement du lambeau. L'exérèse osseuse ne présente rien de particulier, mais la dissection et l'extirpation de la synoviale doivent être minutieusement poursuivies.

Les chirurgiens diffèrent d'opinion au sujet de la conduite à tenir à ce moment. Faut-il immobiliser en maintenant l'écartement ? Faut-il multiplier les pansements et les lavages ? Convient-il de pratiquer la suture osseuse


APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL
CLONAZONE
DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE CHLORÉ, PUISSANT, RAPIDE
INOFFENSIF SANS ACTION IRRITANTE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme.
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
Poudre
Clonazone
Daufresne
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour,
en injection intra-musculaire
SIROP : 2 à 3 cuillerées à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C 18 000
Roger Dacosta. Edit.

et d'immobiliser en gouttière plâtrée ? Comment traiter les blessés qui ne « coaptent » pas ?

L'amputation sera pratiquée suivant les principes généraux qu'impose le voisinage de lésions septiques. C'est ainsi qu'on laissera le moignou ouvert. La circulaire à fente externe facilitera la section haute du fémur. Après désinfection de la tranche, on pratiquera la suture secondaire des parties molles.

Cet important travail se termine par d'intéressantes considérations sur les traitements dits spécifiques : vaccinothérapie, bactériophagie, sérothérapie, chimiothérapie, etc., et par un exposé des formes cliniques de l'arthrite suppurée chez le vieillard et chez l'enfant.

Discussion.

M. LAWEN (de Königsberg) expose la technique de son opération. Sur 25 cas, il a obtenu 19 guérisons, avec 4 amputations secondaires suivies cependant de guérison, deux morts post-opératoires par pneumonie et septicémie.

M. CHIAROLANZA (de Naples) est partisan de la méthode de Willems qu'il a vulgarisée en Italie. Il pense cependant qu'il est utile d'ajouter à la technique de Willems : mobilisation active, une mobilisation passive bien réglée.

M. HORTOLOMEI (de Bucarest) est plutôt éclectique. Il a eu deux beaux résultats après ponction simple, mais aussi 4 succès sur 6 opérés par arthrotomie. La méthode de Willems lui paraît excellente. Mais il craint que l'anesthésie locale préconisée par les rapporteurs ne soit parfois une cause d'ensemencement redoutable.

Au total, l'arthrotomie suivie de mobilisation immédiate est peut-être le meilleur mode de drainage. Si, après quatre ou cinq jours, on n'obtient pas de résultat satisfaisant, il convient de se résoudre à la résection.

M. DELREZ (de Liége), résumant ses impressions sur 33 observations personnelles, conclut :

1° Que chez les sujets de plus de cinquante ans, les moyens conservateurs ont peu de chance de sauver l'articulation. Mieux vaut pratiquer une amputation précoce ;

2° Que chez l'enfant, les ponctions répétées associées à l'extension continue permettent souvent la conservation de la fonction ;

3° Que chez l'adolescent et l'adulte jeune, l'arthrotomie et la mobilisation active donnent des résultats intéressants.

M. LAMBOTTE (d'Anvers) est partisan de l'immobilisation plâtrée, des ponctions répétées, de l'arthrotomie. La mobilisation lui paraît un « non-sens » allant à l'encontre de tout ce que l'on sait de l'évolution des lésions inflammatoires.

« Traiter une arthrite suppurée, dit-il, par la mobilisation, est aussi illogique et dangereux que de traiter une appendicite aiguë par le massage. »

L'amputation et la résection sont à rejeter en principe. Les vaccins et les sérums ont une action douteuse.

M. FRŒLICH (de Nancy) apporte deux observations d'arthrites suppurées particulièrement graves. On aurait pu croire l'amputation nécessaire d'emblée. L'auteur draina par « son incision » en « tabatière ». Il put les deux fois conserver le membre.

M. PATEL (de Lyon), aux incisions latérales classiques de l'arthrotomie du genou, ajoute l'ouverture du cul-de-sac quadricipital préconisée par Jaboulay. Cette technique, jointe à l'élévation du membre dans un appareil spécial, rend les pansements plus faciles et moins douloureux.

M. TIXIER (de Lyon) étudie spécialement l'arthrite suppurée sans lésion osseuse.

Le traitement le meilleur consiste en une arthrotomie précoeement exécutée. Un surjet au catgut fixe la synoviale articulaire à la peau au niveau des grandes incisions d'arthrotomie classiques latéro-rotuliennes. Il est bon d'ajouter une incision complémentaire du bas-fond du cul-de-sac sous-quadricipital.

Cette technique présente sur l'arthrotomie banale les avantages suivants : hémostase parfaite et immédiate, isolement par la séreuse évasée s'opposant à toute fusée purulente dans le tissu conjonctif et les espaces intermusculaires de voisinage ; étalement de la cavité articulaire qui peut être pansée pour ainsi dire « à plat » ; assèchement rapide permettant une mobilisation de tout le membre dans un grand plâtre pelvi-fémoro-pédieux. Les pansements doivent être rares et renouvelés seulement si la suppuration est par trop nauséabonde.

M. MASINI (de Marseille) utilisait avant la guerre la double arthrotomie pararotulienne, combinée parfois au drainage du creux poplité. La rotule était suspendue suivant les conseils de Patel, et l'articulation lavée chaque jour à l'éther.

Depuis la guerre, l'auteur a employé la méthode de Willems dans dix cas. Une seule fois, l'amputation fut nécessaire, du fait d'une septico-pyohémie avec état général grave.

Actuellement, le traitement de choix consisterait à ponctionner pour identifier le germe responsable. En cas d'arthrite à staphylocoques, l'injection intra-articulaire de bactériophage suffirait souvent à donner la guérison. S'il s'agit d'arthrite à streptocoques, il conviendrait de renoncer au bactériophage, d'inciser et de drainer. Dans ce dernier cas, l'usage des vaccins serait à conseiller.

M. ALBERT (de Liége) rapporte trois observations d'arthrites purulentes du genou particulièrement graves qu'il a traitées avec succès par la méthode de Willems.

Toutes les arthrites purulentes n'exigent pas d'emblée l'arthrotomie, certaines guérissent très simplement par ponctions répétées.

Mais le traitement qui convient dans la plupart des cas est celui de Willems : arthrotomie verticale, bilatérale et précoce, immédiatement suivie de mobilisation active. Les échecs imputés à la méthode sont la conséquence d'une technique défectueuse.

Depuis que l'auteur a appliqué cette technique, il n'a plus jamais eu à pratiquer ni résection, ni amputation. L'âge avancé ne constitue pas une contre-indication.

MM. H.-L. ROCHER et Louis POUYANNE (Bordeaux) rapportent 23 cas d'arthrites suppurées du genou observées chez des enfants de dix-huit mois à quatorze ans.

Ils groupent ces cas en trois séries :

a. Arthrites par inoculation traumatique (11 cas) ;
b. Arthrites métastatiques (7 cas) ;
c. Arthrites ostéomyélitiques (5 cas).

Ils ont eu deux décès, tous deux dans cette dernière

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

série, et une amputation, pour une arthrite suppurée post-scarlatineuse.

Les 21 autres cas, tous traités par arthrotomie et immobilisation, ont donné 6 ankyloses et 14 restitutions fonctionnelles, pour la plupart complètes. Plus le sujet est jeune, moins il est exposé à l'ankylose ; ce fait est particulièrement net chez les nourrissons.

Les auteurs font suivre leur statistique de quelques réflexions concernant :

1° Les arthrites aiguës microbiennes, par inoculation septique au voisinage de l'article : ces arthrites, dont l'allure clinique peut être inquiétante, guérissent complètement par ponctions, immobilisation et injection articulaire de bactériophage. Il est possible que dans certains cas, on évite par ce traitement précocement appliqué, l'apparition d'arthrites microbiennes d'évolution grave ;

2° Les arthrites métastatiques, qui, dans la plupart des cas, ont guéri avec conservation de la mobilité ;

3° Les arthrites d'origine ostéomyélitique, qui paraissent de beaucoup les plus graves (2 morts, une ankylose sur 5 cas).

Au point de vue thérapeutique, l'arthrotomie, associée à l'immobilisation stricte, est, lorsque les ponctions se révèlent insuffisantes, la seule thérapeutique à envisager chez l'enfant.

En terminant, les auteurs indiquent l'intérêt de l'emploi de la broche de Kirschner, dans les arthrites suppurées de l'adulte, soit comme agent d'immobilisation par extension continue, soit pour maintenir provisoirement, après une résection, les fragments écartés à volonté (broche transcalcanéenne).

M. Y. Delagenière (du Mans) approuve les conclusions des rapporteurs. Il présente une observation d'arthrite suppurée, limitée au cul-de-sac sous-quadricipital à la faveur d'un cloisonnement, reliquat probable d'un traumatisme antérieur.

Il attire enfin l'attention sur certaines péri-arthrites suppurées du genou sans atteinte de l'articulation et dont il a observé deux cas. Le diagnostic de ces périarthrites est difficile. De tels faits invitent à une grande prudence si l'on croit devoir ponctionner ou inciser, sous peine d'infecter l'articulation demeurée jusque-là indemne.

M. Chaton (de Besançon) ne considère que les cas graves aux deux phases par lesquelles passe le chirurgien : période d'optimisme où l'on espère conserver la fonction et la vie, période d'inquiétude où la vie du sujet est en danger.

Dans le premier cas, l'auteur préconise le drainage postérieur et rappelle la technique d'Ollier qui incisait les coques condyliennes. Dans le second cas, il convient de recourir à l'amputation, sans tenter la résection.

M. Boppe (de Paris) rapporte trois observations d'arthrites pyohémiques graves traitées par la désarticulation temporaire, avec 2 succès et 1 décès.

Dans les arthrites ostémyélitiques des enfants, l'auteur conseille l'arthrotomie classique avec drainage par

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

lames de caoutchouc, plâtre et pansements rares. L'ankylose est longue à obtenir.

M. Billet (de Lille) rend compte des résultats obtenus par l'usage des vaccins et de bactériophages chez l'enfant. Ce sont là des méthodes infidèles, mais qu'il ne faut pas rejeter.

Les vaccins réussissent souvent, les bactériophages plus rarement.

L'auteur estime que la méthode de Willems est applicable chez l'enfant. Elle lui a donné d'heureux résultats.

MM. Bourde et Bouvala (de Marseille) considèrent l'arthrotomie bilatérale comme la méthode de choix, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La simple ponction des arthrites à liquide louche leur a donné 50 p. 100 de succès.

Dans les cas d'épanchement purulent avec grumeaux, la méthode des ponctions est insuffisante et les injections de vaccins ou de bactériophages plus nuisibles qu'utiles. Un essai de désarticulation temporaire n'a pas été suivi d'un résultat satisfaisant.

(A suivre.) E. Dariau.

LA MÉDECINE AU PALAIS

LA RESPONSABILITÉ DES CHIRURGIENS ACCIDENTS OPÉRATOIRES

La responsabilité des chirurgiens peut se trouver engagée quand la victime d'un dommage établit une faute professionnelle telle qu'elle ne pourrait être commise par un chirurgien ayant une compétence normale et ayant respecté les règles ordinaires de la profession. Dans ce cas, il y a faute opératoire.

Au contraire, le chirurgien est libéré de toute responsabilité quand, au cours d'une intervention, se produit un accident opératoire qu'il ne pouvait ni prévoir ni éviter, ou quand, se trouvant en présence d'un fait risquant de causer un dommage, il abandonne la réparation immédiate de ce fait accidentel pour éviter un préjudice plus grave.

Nous avons déjà examiné à diverses reprises des cas où les médecins, ayant laissé des compresses ou des pinces dans une plaie ouverte, ont été condamnés, le tribunal estimant qu'il s'agissait d'un fait de négligence.

Sans doute, les juges ne savent pas avec quelle précipitation certaines plaies doivent être fermées et combien il est difficile au chirurgien qui compte sur ses seconds de savoir exactement si toutes les

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

compresses ont été retirées avant la fermeture : néanmoins, une jurisprudence constante estime que c'est une faute.

C'est dans le même esprit que le tribunal de la Seine avait condamné le Dr F... qui avait laissé une compresse dans la plaie d'une jeune opérée. Cependant, en appel, le médecin faisait valoir que cette compresse n'avait pas été oubliée par lui et que ce n'est pas par négligence qu'il l'avait laissée. Le Dr F..., chef de clinique infantile de la Faculté, expliquait comment la compresse avait été perdue : il avait été appelé d'urgence à opérer une jeune fille admise à l'hôpital pour appendicite avec retentissement péritonéal généralisé. L'opération était grave, elle était délicate : il fallait enlever un gros kyste de l'ovaire, et, au moment de recoudre les plaies, il ne retrouvait plus que deux compresses abdominales sur les trois qu'il avait disposées à demeure pour bloquer l'intestin.

Le Dr F... rechercha la compresse et, ne la retrouvant pas, il pensa qu'elle avait été jetée en même temps que le kyste. Enfin il se décida à refermer le ventre sans poursuivre plus longtemps ses investigations, car une prolongation de l'anesthésie risquait d'entraîner pour la malade des complications dangereuses. C'est donc pour ne pas faire courir à la malade un risque mortel qu'il avait abandonné ses recherches et qu'il avait laissé la compresse.

C'est pourquoi, très justement, la première Chambre de la Cour de Paris a jugé qu'il ne s'agissait pas là d'une faute opératoire, mais d'un accident imprévisible et d'une de ces forces majeures qui sont exclusives de toute responsabilité.

Il faut signaler enfin que, revenant sur sa jurisprudence antérieure relative à un accident qui était survenu à l'hôpital Tenon, la Cour a décidé qu'on ne pouvait reprocher au chirurgien de n'avoir pas pris la précaution d'attacher les mèches au moyen d'un fil relié à une pince.

En effet, le chirurgien appelé à opérer d'urgence et à pratiquer une intervention aussi délicate et aussi difficile pouvait considérer que ce procédé était plus nuisible qu'utile, tant par le danger résultant de l'enroulement des fils autour d'une anse que par le retard que nécessitait une précaution qui n'était pas indispensable.

L'arrêt de la Cour admet donc, conformément à ce que nous avons toujours défendu dans *Paris médical*, qu'il existe des cas où les experts peuvent reconnaître que le chirurgien n'a commis aucune faute, même quand il laisse des mèches ou

(Suite à la page IX.)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

des compresses dans le ventre du malade.

L'arrêt rendu le 16 avril 1934 (D. H. 1934, p. 321) est ainsi libellé :

« La Cour,

Statuant sur l'appel d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 17 février 1931, ensemble sur l'appel incident ;

Considérant qu'à tort les premiers juges ont estimé que le Dr F... avait commis une faute professionnelle en oubliant, au cours d'une opération pratiquée sur la mineure Baudat, une compresse dans la plaie ;

Considérant qu'il résulte, en effet, tant des énonciations du registre officiel des opérations que du rapport adressé par le Dr Ombrédanne au directeur de l'Assistance publique, que la compresse n'a pas été oubliée, mais perdue ; que le Dr F..., prosecteur et chef de clinique infantile à la Faculté, appelé à pratiquer d'urgence, le 10 septembre 1928, à l'hôpital des Enfants-Malades, sur la jeune Baudat, pour laquelle on avait diagnostiqué « appendicite vraisemblable, avec retentissement péritonéal généralisé », une opération grave, longue, délicate, l'enlèvement d'un gros kyste de l'ovaire, s'est rendu compte, au moment de recoudre les plaies, qu'il ne retrouvait que deux compresses abdominales sur les trois qu'il avait disposées à demeure pour bloquer l'intestin ; que l'ayant cherchée en vain dans les limites du temps où il était raisonnable de le faire, il pensa que ladite compresse avait dû être jetée en même temps que le kyste et referma le ventre, une prolongation de l'anesthésie après une intervention déjà complexe étant susceptible d'entraîner pour la malade des conséquences dangereuses ; que, dans ces circonstances, la perte de la compresse, qu'il était impossible de rechercher davantage sans risquer la vie de l'opérée, constitue un accident opératoire, un cas de force majeure, et ne peut être imputée à faute au Dr F...

Considérant sans doute que Baudat fait grief au Dr F... de n'avoir pas pris la précaution initiale d'attacher chacune des mèches au moyen d'un fil, puis de relier ces fils à une pince ;

Mais considérant que, d'après les considérations techniques fournies à la cour, le Dr F... qui, de l'avis du Dr Ombrédanne, a fait montre au cours de l'opération d'une particulière perspicacité chirurgicale et aussi d'une sage opportunité opératoire, a pu, sans négligence ou imprudence, considérer que ce procédé, dans le cas particulièrement urgent qui lui était soumis, était plus nuisible, tant par le danger résultant éventuellement de l'enroulement des fils autour d'une anse que par le retard qu'il occasionnait ;

Considérant qu'il convient de remarquer que, le 12 janvier 1929, à la suite d'une seconde intervention du Dr F..., l'enfant expulsa par le rectum une longue mèche de gaze ; que, depuis lors, la température est tombée et s'est maintenue à la normale et qu'elle n'a pas reparu à l'hôpital ; qu'ainsi la demande de Baudat, ès qualités, manque de base ;

Par ces motifs,

Faisant droit à l'appel incident ;

Infirme le jugement déféré,

Dit Baudat ès qualités mal fondé en sa demande, l'en déboute ;

Condamne Baudat ès qualités, à l'amende et aux dépens. »

Adrien PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

LE Dr PAUL RAVAUT (1)

La médecine française vient d'être, à nouveau, durement éprouvée par la mort de Paul Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis, un des plus grands parmi les nôtres, dont la renommée scientifique rejaillissait sur la Science française et qui nous faisait tant d'honneur.

Cette mort si imprévue, si dramatique est survenue en pleine activité, en plein travail. Nous avions retrouvé Ravaut, après les vacances, gai, enjoué et, semblait-il, en pleine santé. Sept jours avant sa mort, il chassait, comme il avait l'habitude, chez un ami d'enfance très cher ; il rentra chez lui fatigué ; bientôt se déclarèrent des signes d'inondation péritonéale et de fléchissement du cœur : il s'agissait, en effet, d'une hémorragie interne que put constater l'intervention chirurgicale. Hélas ! la situation avait paru d'emblée désespérée aux amis accourus à son chevet, et la mort est survenue le dimanche 4 novembre. Les obsèques ont eu lieu dans une stricte intimité.

***

Paul Ravaut était né le 2 août 1872. Interne des hôpitaux en 1897, il avait été nommé médecin des hôpitaux dix ans après, en 1907 ; titulaire d'un service à l'hôpital Broca après la guerre en 1919, il était devenu médecin de l'hôpital Saint-Louis en 1923 et il contribuait puissamment à la renommée mondiale de ce célèbre centre d'études.

Du fait des hasards des concours et de l'effervescence qui avait accompagné l'un d'entre eux, il n'a

(1) Allocution du Président à la *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, le 9 novembre 1934.

NÉCROLOGIE (*Suite*)

pas appartenu à la Faculté autrement que comme chargé de cours de clinique annexe ; c'est là un fait très regrettable : Ravaut est un des hommes qui lui ont le plus manqué et nul exemple, peut-être, n'est plus apte à démontrer combien en ces temps de recherches scientifiques, nos méthodes de sélection par les concours sont vétustes et périmées, aussi bien d'ailleurs pour le Médicat des hôpitaux que pour l'Agrégation.

Il avait eu, du moins, la compensation d'entrer très brillamment à l'Académie de Médecine en 1929 et il y tenait la grande place que lui méritaient son caractère et ses travaux.

Bien que spécialisé en dermato-syphiligraphie,



Le Dr Ravaut.

Paul Ravaut avait acquis, auprès de maîtres tels que Chauffard, Widal et Roux, une discipline scientifique et une orientation telles que ses plus belles recherches ont été faites, à la fois, au laboratoire et au lit du malade et que, même à ses travaux les plus spéciaux, il a su donner les développements généraux qui en amplifient la signification et la portée.

La plus belle de ses œuvres scientifiques est incontestablement le *cyto-diagnostic* : il en a publié la technique et les résultats en 1900 avec son maître Widal pour les épanchements pleuraux, et peu après avc Widal et Sicard pour le liquide céphalo-rachidien.

Il avait eu l'idée, très simple, de lire sur une lame, après centrifugation, la formule cytologique d'un épanchement comme on lit celle du sang. Cette technique se montra très féconde pour les épanchements pleuraux, en permettant de distinguer des formules à lymphocytes pour les pleuro-tuberculoses primitives, des formules à polynucléaires pour les pleurésies septiques ; des formules endothéliales pour les hydro-thorax des rénaux ou des cardiaques ; des formules à cellules néoplasiques pour les cancers pleuro-pulmonaires.

Pour le liquide céphalo-rachidien, les résultats ont été plus importants encore. En particulier on peut distinguer des réactions infectieuses aiguës à polynucléaires, des réactions chroniques à lymphocytes dans la tuberculose et la syphilis.

C'est principalement dans les syphilis nerveuses, surtout à leur stade de début « préclinique », que Ravaut a montré l'intérêt d'un cyto-diagnostic qui permet l'application d'un traitement énergique au moment où il est le plus efficace. Par là même, le cyto-diagnostic est devenu une méthode susceptible de guider pronostic et thérapeutique.

Le retentissement de ces découvertes primordiales a été considérable et, aujourd'hui où nous pratiquons tous les jours ces méthodes, nous avons peine à nous imaginer comment on pouvait s'en passer.

Pendant plus de trente ans, Ravaut a poursuivi le développement de la méthode et il en a fait une des plus fécondes et des plus sûres de la technologie clinique moderne ; et récemment encore il résumait sa conception de la syphilis nerveuse, basée sur des cyto-diagnostics longtemps répétés.

Bien d'autres recherches de Ravaut fixeraient l'attention si elles n'étaient pas éclipsées par cette découverte capitale.

Nous citerons, entre autres, ses recherches sur l'*Amibiase* et le *Paludisme*, dont il a comparé le mode d'évolution et le traitement à celui de la syphilis.

Il a étudié aussi la technique des *injections concentrées de novarsénobenzol*, les *phénomènes de sensibilisation et de désensibilisation en dermatologie*.

Ses recherches les plus récentes ont trait à l'*étude expérimentale de la maladie de Nicolas-Favre* avec Levaditi, Lambling et Cachera, aux *dermatoses dues aux virus tuberculeux filtrants* : dans ces beaux travaux se retrouvent le même esprit scientifique et la même netteté d'idées et d'expériences que dans toutes ses précédentes recherches.

***

Si l'œuvre de Ravaut nous apparaît vraiment considérable, le caractère moral de l'homme, du collègue, de l'ami doit aussi être invoqué ici.

J'avais eu, personnellement, l'occasion de l'estimer lorsque, au cours de la guerre, Ravaut, qui jusque-là, dans un hôpital de contagieux des armées du Nord, avait si utilement dépisté et soigné de très nombreux dysentériques autochtones, vint me relayer, comme chef de secteur de la XVe région où nous hospitalisions tant de rapatriés de l'armée d'Orient j'ai eu, alors, avec Ravaut une collaboration intime et de tous les instants qui m'a permis d'ap-

NÉCROLOGIE *(Suite)*

précier, à la fois, son intelligence et son caractère.

Il fallait, en effet, pour le goûter pleinement, percer la réserve qui, d'abord, l'isolait : on découvrait alors ses qualités morales, sa franchise, la netteté et la précision de sa pensée, son caractère qui paraissait à quelques-uns un peu bourru.

On découvrait aussi l'affection et l'attachement touchants qu'il avait pour ses maîtres, pour Widal et pour Roux notamment.

Il avait le même attachement pour ses amis et aussi pour ses élèves lorsqu'il avait suivi et estimé leur travail. C'est à ceux-ci, c'est à Mme Ravaut que j'exprime ici notre sympathie et notre émotion.

PAUL CARNOT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *novembre* 1934.

M. le président WALTHER renouvelle à M. Guéniot les félicitations et les vœux de l'Académie, à l'occasion de son entrée dans sa 103e année.

Le vénéré doyen de l'Académie, salué par des applaudissements chaleureux, remercie très affectueusement ses collègues.

M. le président fait ensuite part de la mort de M. Lucien Camus, membre titulaire, et de M. Chagas (de Rio de Janeiro), correspondant étranger.

M. BOUGAULT lit une notice nécrologique sur M. Meillère.

Service de l'hygiène. — M. LOUIS MARTIN donne lecture de son rapport concernant le service de l'hygiène et des maladies contagieuses.

Passant en revue les différents types d'hôpitaux actuellement en service depuis l'hôpital carré (Saint-Louis), l'hôpital en croix (Laennec), l'hôpital à pavillons séparés (Boucicaut), etc., jusqu'à l'hôpital bloc (nouveau Beaujon), M. Martin examine d'abord les conditions de réalisation d'un hôpital moderne, envisagé au point de vue de l'hygiène hospitalière.

Dans la seconde partie de son rapport, il passe en revue les documents envoyés chaque année par les hygiénistes sur les maladies contagieuses et leur prophylaxie.

Ses conclusions sont les suivantes :

Pour la typhoïde, on n'use pas assez des excellents moyens de prophylaxie que sont la vaccination et la javellisation des eaux ; quant à la diphtérie, elle devrait disparaître si la vaccination était plus généralisée. Le moment est venu d'envisager la vaccination obligatoire, déjà demandée par l'Académie.

La mortalité diminuerait si les médecins voulaient bien se souvenir, comme le disait M. Roux, que la diphtérie est un empoisonnement dans lequel il faut intervenir d'autant plus vite que le bacille est plus toxigène.

Nature des ultravirus et du bactériophage. — MM. C. LEVADITI, P. HABER et G. HORNUS. — La nature des virus invisibles et du bactériophage est loin d'être précisée. Sont-ils de la matière organisée vivante, reproductible et adaptable, ou bien se rapprochent-ils des toxines et des diastases ? Les auteurs apportent des preuves expérimentales en faveur de la première de ces conceptions. L'emploi de la gonacrine *in vitro* leur a permis de rapprocher les ultravirus et les bactériophages des bactéries cultivables et de les séparer des ferments solubles et des toxines microbiennes, telles les toxines tétanique et diphtérique. Ainsi, les virus invisibles et les bactériophages doivent être considérés comme des êtres organisés, capables de se multiplier si les milieux s'y prêtent, et adaptables, quoique d'une constitution plus simple que celle des bactéries proprement dites.

Intoxications inapparentes dans les industries et surveillance médicale des ateliers. — M. F. HEIM DE BALSAC. — Les intoxications professionnelles dans les industries présentent une période d'invasion précédant la période d'état : présaturnisme, prébenzénisme, dont l'étude conditionne, pour une large part, les progrès de l'hygiène industrielle.

L'existence d'une imprégnation latente, progressive, de l'organisme par le toxique, est révélée par l'emploi de méthodes de laboratoire, alors que le sujet ne présente pas encore de signes cliniques.

En proposant le terme d'intoxications inapparentes pour désigner ces états d'imprégnation latente, l'auteur souligne l'importance primordiale de cette notion pour la surveillance médicale des ateliers produisant ou manipulant des toxiques.

Sur le traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique. — M. CAMESCASSE.

Election. — M. le professeur VIGO CHRISTIANSEN (de Copenhague), l'éminent neurologiste danois, est élu associé étranger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *novembre* 1934.

Augmentation de poids du testicule du pigeon prépubère après action d'extraits dits antéhypophysaires d'urine de femme enceinte. — M. R. MORICARD signale que des extraits purifiés d'urine de femme enceinte préparés par extraction benzoïque provoquent un développement du testicule du pigeon. Ce fait semble à l'encontre de l'opinion de Zondek qui admet chez les oiseaux une différence d'activité des extraits d'urine de femme enceinte et des hormones antéhypophysaires.

Imidazolémie d'origine parentérale. — MM. M. LŒPER, PERRAULT et LESURE, après avoir rappelé les origines intestinale et tissulaire des corps imidazoliques que l'on trouve dans le sérum et dans les urines, donnent les résultats de leurs recherches concernant les variations de ces substances dans des états divers, physiologiques ou pathologiques, non intestinaux. Ils en concluent que l'augmentation des dérivés imidazoliques peut venir de la fièvre, de la mise en liberté de détritus leucocytaires, de la destruction des globules rouges, peut-être aussi des albumines des tissus. Les dérivés imidazoliques formés en excès ou retenus et circulant dans l'organisme passent non seulement dans les œdèmes, mais dans les liquides abdominaux ou pleuraux, et ils semblent en particulier

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

s'accumuler en assez forte proportion dans le liquide ascitique.

Présence de corps imidazoliques dans certains liquides rachidiens. — MM. M. Lœper, Perrault, Bioy et Lesure ont recherché la présence de corps imidazoliques dans 21 liquides céphalo-rachidiens et concluent que le liquide normal ne contient pas trace de ces substances ; que le liquide des femmes enceintes ne peut contenir des proportions élevées ; que le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'imidazols dans les états infectieux et toxiques, qu'il en contient peu ou pas dans les états cérébro-médullaires peu évolutifs, qu'il n'en a pas renfermé après irradiation d'une tumeur cranienne, qu'il en renfermait par contre de façon impressionnante dans quatre cas de réaction nerveuse avec hypertension rachidienne sans inflammation perceptible.

Sur la culture des protogènes tuberculeux. — MM. Sanarelli et Alessandrini ont constaté que le milieu de Lœwenstein est préférable au milieu de Petroff pour la culture des protogènes tuberculeux, c'est-à-dire des premières formes visibles issues des éléments filtrables qui se sont développés, soit *in vivo*, soit *in vitro*, à l'intérieur des doubles sacs de collodion. Mais l'extrême délicatesse et la fragilité des protogènes rendent toujours difficile et incertaine leur adaptation aux milieux artificiels. Les protogènes poussent toutefois plus facilement sur les milieux de Lœwenstein lorsqu'on les prélève des sacs de collodion, restés dans le péritoine des lapins ou dans du liquide de Sauton entre trente et quarante-cinq jours. Un séjour plus long dans un espace clos et non aéré comme les sacs de collodion est nuisible à la vie des protogènes, ainsi qu'à la vie des bacilles tuberculeux eux-mêmes. Cela explique l'inconstance des résultats positifs constatés dans les cultures des protogènes tuberculeux.

Parallélisme entre la vitamine C et la chlorophylle. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond et Rakoto Ratsimamanga, en dosant la vitamine C par la méthode de Tillmans, montrent le rapport étroit qui existe dans le règne végétal entre la vitamine C et la chlorophylle. Les plantes blanches sont pauvres en vitamine C. Chez les autres plantes on voit des différences considérables de teneur en vitamine entre les parties vertes et les parties blanches ; ainsi entre la racine et la feuille, entre la fleur blanche et la feuille. D'autre part, l'apparition ou la disparition de chlorophille sont accompagnés d'une apparition et d'une disparition de vitamine C. Des expériences biologiques sur le cobaye confirment ces résultats.

D'autre part, ils retrouvent au niveau des plastes chlorophylliens la réaction de la vitamine C au nitrate d'argent acide qu'ils ont étudiée ailleurs.

Action de la phényléthylmalonylurée sur l'effet vasculaire périphérique de l'adrénaline. — M. G. Unger a constaté que le gardénal possède, en dehors de son action centrale, une influence sur le système vasomoteur périphérique. Il convertit en hypertension les effets hypotensifs des doses faibles d'adrénaline et empêche l'inversion d'action de ce corps par la yohimbine.

Sur l'hypercholestérinémie exogène et endogène du lapin. — MM. Eck et Desbordes montrent que si l'on provoque des hypercholestérinémies d'origine exogène sur le lapin, la stimulation des fonctions hépatiques par le *Cynara scolymus* agit sur le métabolisme des lipides en évitant la surcharge graisseuse aux dépens d'une décharge intense de cholestérol dans le sérum, vraisemblablement par suite d'une augmentation du pouvoir cholestérolytique du sérum. Au cours des hypercholestérinémies d'origine endogène, l'action du Cynara est inhibitrice et semble agir en sens inverse de la surrénale.

Note sur les rapports existant entre le pouvoir cholestérolytique d'un sérum et sa teneur en protéines. — MM. Eck et Desbordes ont déterminé pour un certain nombre de sérums le pouvoir cholestérolytique tel que l'a défini Lœper et le rapport $\frac{\text{protéines totales}}{\text{cholestérol entraîné}}$. Il leur a paru y avoir un rapport constant entre ces deux chiffres. Quand, dans un sérum, la précipitation des protéines entraîne une forte quantité de cholestérol, le pouvoir cholestérolytique est négatif, le sérum a tendance à précipiter son cholestérol. Au contraire, quand, dans un sérum, la précipitation des protéines entraîne une faible quantité de cholestérol, le pouvoir cholestérolytique est positif, le sérum a tendance à dissoudre un excès de cholestérol.

En outre, les auteurs constatent que, pour une valeur égale du rapport $\frac{\text{protéines totales}}{\text{cholestérol entraîné}}$, différents sérums voient leur taux d'urée s'élever tandis que leur pouvoir cholesthérolytique diminue. Cette constatation est à rapprocher de celles faites il y a longtemps par Guy Laroche. Ces faits semblent prouver que le pouvoir cholestérolytique d'un sérum dépend plus de sa formule protidique que de sa formule lipidique.

Teneur en bacilles de Koch de l'exsudat péritonéal et de l'épiploon des cobayes primo-infectés et surinfectés. — MM. A. Caiginsky et E. Laporte ont procédé à des ensemencements nombreux, sur milieu de Lœwenstein, d'exsudat péritonéal et de produit de broyage d'épiploon de cobayes primo- et surinfectés par voie péritonéale. Il ressort de leurs expériences que, chez les primo-infectés, le liquide péritonéal et l'épiploon sont toujours beaucoup plus riches en bacilles que chez les surinfectés. On observe toutefois une raréfaction progressive des germes, même chez les primo-infectés, avec tendance à la stérilisation de l'exsudat, quand on inocule des doses faibles ($0^{mg},001$) de bacilles. Les résultats sont en faveur de l'hypothèse d'une destruction progressive des bacilles chez les surinfectés.

Présentation d'ouvrage. — M. J. Magrou présente à la Société la monographie qu'il vient de consacrer à l'œuvre scientifique de Maurice Nicolle.

F.-P. Merklen.

ÉCHOS DES CONGRÈS

LE CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE DE QUÉBEC

27 au 30 août 1934.

Le XXIIIe Congrès des médecins de langue française, qui vient de se tenir à Québec marquera dans l'histoire de la médecine française et même dans l'histoire tout court. Pour la première fois, il s'agissait d'un Congrès de médecine française universel, puisque étaient réunis des médecins de langue française des deux continents. Pour la première fois également un Congrès de médecine coïncidait avec la célébration d'un anniversaire historique de grande importance; et les solennités, l'enthousiasme qui marquèrent au Canada le quatrième centenaire de la découverte du pays par Jacques Cartier, peuvent difficilement être soupçonnés à Paris. Certes, la simultanéité des deux événements donna lieu peut-être à quelques regrettables incidents que nos confrères canadiens-français déplorent autant que nous, mais nous aurions mauvaise grâce à nous plaindre d'avoir été associés, comme nous l'avons été, à une grande fête de famille, où les Français de France et les Français du Canada pouvaient enfin, après tant de siècles, communier ensemble à nouveau.

Le plus grand nombre de nos congressistes est arrivé par le *Champlain*, superbe unité de notre vieille Compagnie générale transatlantique ; un nombre moins important s'était embarqué, partie à Anvers, partie à Cherbourg, sur l'*Empress of Australia*, de la Canadian Pacific. Tous firent leur jonction à Québec le 27 août. Ceux du *Champlain* s'étaient joints, la veille et l'avant-veille, au groupe Jacques Cartier pour constituer une imposante phalange de près d'un millier de personnes, qui représenta dignement notre pays aux fêtes inoubliables de Charlottetown (Port-la-Joye) et de Gaspé. Du moins s'étaient joints à ce groupe ceux qui le purent, car un mot d'ordre semblait avoir systématiquement écarté des fêtes officielles le plus grand nombre possible de voyageurs et en particulier de médecins.

Sans insister sur les incidents dûs à ce malentendu, disons seulement que deux de nos professeurs parisiens et beaucoup de professeurs de province et de l'étranger, dont quelques-uns délégués officiels, à des titres divers, par leurs gouvernements, n'ont pu participer à aucune des cérémonies officielles où étaient conviés par ailleurs nombre de jeunes gens, apparemment sans titres. Il est bon d'ajouter que nos confrères canadiens-français, qui ont souffert autant que nous de cet état de choses, n'y ont été pour rien et, d'autre part, que notre ministre des Travaux publics, M. P.-E. Flandin, qui a si brillamment représenté notre pays, là-bas, s'est efforcé, dans la faible mesure que lui permettait sa situation officielle, d'atténuer les heurts qui se sont inévitablement produits. Aucun de ces froissements, ne peut cependant faire oublier à ceux qui y assistèrent, l'inoubliable spectacle d'une centaine d'embarcations ornées d'étendards, aux armes de nos vieilles provinces, venant majestueusement au-devant de notre paquebot, et l'entourant bientôt de leurs vivats, de leurs chants, de leurs clameurs d'enthousiasme. Rien ne peut décrire l'émotion qui s'est emparée de nous tous en voyant notre drapeau flotter fièrement aux toits canadiens français, dont il est l'emblème arboré avec fierté, tout comme il est notre emblème en France, en nous entendant apostrophés par les villageois accourus d'alentour, et parfois de très loin, rien que pour avoir le plaisir de causer avec des Français de la mère-patrie.

A Québec, les congressistes se trouvèrent tous réunis à l'hôtel Château-Frontenac. L'hôtel, sur continent américain, prend dans la vie le sociale une importance insoupçonnée en Europe : groupant dans un même immeuble des magasins de toutes sortes, un restaurant, un café, billards, clubs, il voit se réunir chez lui successivement toutes les élites. Aussi n'est-il pas surprenant qu'il y ait eu plus de commodités à réunir dans ses locaux, plutôt qu'à la Faculté, non seulement les réunions des diverses sections du Congrès, mais même l'exposition, fort intéressante, des fabricants de spécialités pharmaceutiques, d'appareils médicaux et les représentants de librairies scientifiques. Nous devons à la vérité de dire que ce n'est pas dans les deux salles réservées respectivement aux sections de médecine et de chirurgie que l'on retrouva la foule des congressistes. Ceux-ci s'étaient volontiers dispersés dans les services cliniques des hôpitaux, où le plus charmant des accueils nous était réservé. Après des séances animées, où nos confrères de Québec, avec une rare modestie, réclamaient sans cesse l'avis de nos maîtres, les amitiés se liaient autour de tables où nous avions le double plaisir de parler avec nos hôtes à cœur ouvert, et d'être servis par de charmantes et jeunes infirmières dont beaucoup étaient elles-mêmes de famille médicale. Des hôpitaux de Québec, comme de ceux de Montréal, je dirai seulement, après avoir pu les comparer avec ceux de Chicago et de New-York, qu'ils sont parmi les plus modernes et les mieux installés de l'ensemble du nouveau continent. C'est dire qu'ils comportent des commodités pour les malades que nous ne sommes malheureu-

ÉCHOS DES CONGRÈS *(Suite)*

sement guère habitués à trouver chez nous : appel individuel de l'infirmière possible de chaque lit par téléphone, salles de repos et de lecture, terrasses de jeu pour les enfants, etc. Presque tous fonctionnent à la fois comme hôpital pour indigents et clinique payante.

Le personnel soignant, dans ce pays essentiellement catholique et pratiquant, est largement recruté dans les divers ordres religieux tant internationaux que plus strictement canadiens. La fondation de ces hôpitaux a été l'œuvre de hardis réalisateurs, comme le grand professeur Arthur Rousseau, sur la tombe duquel, si prématurément ouverte, sont venus pieusement s'agenouiller nos compatriotes. L'exercice privé de la médecine se fait habituellement à un « bureau » rigoureusement distinct de l'habitation privée. Plusieurs d'entre nous ont eu le plaisir et l'honneur d'être reçus dans l'intimité de familles médicales, où nous avons retrouvé les plus vieilles et les plus saines traditions de la famille française. Nous est-il permis, en remerciant nos confrères canadiens de leur si charmant accueil, de regretter, avec eux, que la prise de contact entre congressistes des deux rives de l'Atlantique n'ait pas pu être facilitée dès l'abord, par quelques-uns de nos dirigeants ?

Ceux-ci d'ailleurs, absorbés et noyés dans le comité Jacques Cartier, furent totalement absents de la merveilleuse réception organisée, en notre honneur, à l'issue du Congrès, le 31 août, dans la ville voisine de Trois-Rivières et dont il serait injuste de ne pas plus spécialement remercier l'animateur, le Dr De Blois. Les travaux sérieux du Congrès terminés, il nous était bien permis d'aller admirer les beautés naturelles du Canada français, les contreforts des Laurentides, les bords imposants du Saint-Laurent, les chutes de Shawinigan qui fournissent à elles seules plus d'énergie électrique que celles du Niagara, et où une direction pleine de prévenance nous fit assister à un spectacle féerique, en ouvrant les vannes, habituellement fermées, de ces cataractes.

Après Trois-Rivières, les congressistes devinrent la proie désarmée de la « Canadian Pacific », qui avait réglé leur voyage : cette organisation ferroviaire et touristique (?) se chargea de nous véhiculer de gare en gare, de gare à hôtel, d'hôtel à auto-car, et d'auto-car à wagon-dortoir, tels un troupeau d'agneaux bêlants, sans nous laisser un seul instant le loisir d'émettre une opinion, de modifier un tour de ville standard, ou de visiter un lieu intéressant, autrement qu'à nos risques et périls et à coups de frais supplémentaires. Je laisse à de mieux informés que moi, le soin de rechercher les causes profondes de la « mauvaise humeur » de la Canadian Pacific à l'égard des « médecins de langue française ».

Heureusement, tous les à-coups de ce voyage de quelques milliers de milles à travers le continent américain, n'eurent pas raison de notre bonne humeur, et, malgré les obstacles qui leur étaient opposés, nos confrères montréalais comme nos confrères québecquois et trifluviens se mirent avec une cordialité sans pareille à notre disposition, pour nous faire visiter tant leur ville que leurs hôpitaux. Quelques privilégiés purent même, par hasard, assister aux fêtes émouvantes et délicates organisées par plusieurs petites villes des environs, telle Laprairie, en l'honneur de tous les voyageurs français, et où l'émotion, même après les accueils de Gaspé ou de Trois-Rivières, était réellement portée à son comble. N'oublions pas de rappeler l'inquiétude de nos frères canadiens, devant leur Université médicale française inachevée, et dont la construction est actuellement en suspens faute de ressources, alors que l'Université anglaise est peut-être une des plus belles du continent. Puissent ces quelques lignes tomber sous les yeux de lecteurs capables d'aider à son achèvement !

A Ottawa, capitale fédérale du Canada, nous trouvons en la personne des professeurs Valin et Lapointe les positions avancées du Canada français. A Toronto, capitale de la province anglaise d'Ontario, nous sommes dans le domaine de Banting, à qui la ville reconnaissante a offert un institut. Ce sont ensuite les fêtes des « quatre nations » : Etats-Unis, Canada, France et Angleterre, splendides et fastueuses, à Niagara Falls, sur le territoire ami de la bannière étoilée, mais où malheureusement le plus grand nombre d'entre nous, quoique invités, n'eurent pas la possibilité d'assister.

Nous ne pouvons, en ces quelques lignes, nous étendre longuement sur nos visites à Chicago, à Rochester, à New-York. Au surplus, s'il s'agissait là d'un voyage de médecins, il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'un voyage d'études médicales. Nous tenons néanmoins à remercier tout particulièrement le Dr Mayo, qui tint à nous souhaiter personnellement la bienvenue dans sa clinique, à nous faire accompagner par les membres si courtois et si charmants de sa famille, et à organiser avec notre compatriote le Dr Desjardins une réunion scientifique très appréciée.

A Chicago, un groupe de « nurses » avait organisé à l'avance pour nous la visite des hôpitaux, particulièrement des services chirurgicaux. Tous nos voyageurs se crurent évidemment obligés de faire

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

une visite à la célèbre exposition. Si les avis ont pu être partagés sur l'ensemble — qui synthétise, peut-on dire, tous les bons et mauvais côtés de la civilisation américaine, — tous, certainement, furent unanimement choqués par l'aspect invraisemblable que l'on donne là-bas de notre belle ville de Paris, et qui ferait certainement dresser les cheveux sur la tête à nos bons préfets de police. Ajoutons, par la même occasion, que Ford a cru bon, dans une représentation des diverses routes du globe, de représenter les routes de France, dont nous sommes, à juste titre, si fiers, sous l'aspect d'une succession de nids de poule !

Notre voyage se terminait à New-York, la métropole orgueilleuse des gratte-ciel. Mais notre faculté d'étonnement s'était déjà passablement émoussée, et les 102 étages de l'Empire State Building nous parurent presque lents à gravir dans notre ascenseur-express. Les hôpitaux sont naturellement à l'échelle de la ville, et le Cornell-Hospital, entre autres, où il me fut donné d'être l'hôte de son aimable « general Staff », représente un bâtiment immense pour ses 700 lits. Il est vrai que tout en étant un hôpital privé, c'est en même temps un hôpital de recherches, où les laboratoires sont nombreux et richement outillés. Comme dans la plupart des hôpitaux des Etats-Unis, les médecins, tant chefs qu'assistants ou internes, passent là toutes leurs journées, comme *full-time* et ne rentrent chez eux qu'en fin d'après-midi. Les médecins ne consultent qu'à l'hôpital ; la plupart reçoivent un traitement fixe et peuvent dès lors passer un temps considérable à des études purement scientifiques.

Cette rapide tournée dans quelques villes des Etats-Unis nous était nécessaire pour mieux apprécier l'immense effort des Canadiens français en général, et de nos confrères en particulier. Si leur vie et leur travail nous paraissent à première vue présenter quelques différences avec les nôtres, en réalité, en les comparant avec la vie américaine telle qu'elle est à leurs portes, on constate alors combien au contraire les Canadiens français représentent un foyer intense et vivant de saine culture française, qui n'a pris à l'Amérique que strictement les améliorations matérielles utiles et heureuses, en luttant âprement contre la mécanisation outrancière des choses et des âmes, qui choque si vivement notre sensibilité latine de l'autre côté de l'eau.

M. POUMAILLOUX.

NOUVELLES

Union thérapeutique. Association internationale fondée en 1934. — Les membres fondateurs de l'Union thérapeutique, créée sous les auspices de la Société de thérapeutique de Paris, à la suite du Congrès français de thérapeutique de 1933, étaient réunis récemment dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, mise aimablement à leur disposition par M. le doyen Roussy.

Sous la présidence de M. le professeur Pouchet, ils ont élu le premier bureau ainsi constitué :

Président : M. le professeur Maurice Lœper.

Vice-présidents : MM. les professeurs Pende, Em. Perrot et Sunz et M. le Dr Poulton.

Secrétaire général : Dr G. Leven.

Secrétaire général adjoint : M. le professeur agrégé André Lemaire.

Trésorier : M. le Dr G. Doin.

Archiviste : M. le Dr Babonneix.

Cette Union, comme le disent les statuts votés à l'unanimité, est une association internationale de médecins et de biologistes, particulièrement occupés de questions de thérapeutique. Elle établit entre ses membres des relations régulières, encourage des recherches originales, favorise les échanges d'idées, de publications et de livres.

Elle se réunit en assemblée générale, une fois par an, au mois d'octobre pour étudier le mouvement thérapeutique, affronter les méthodes et coordonner les efforts. Elle organise en outre des Congrès périodiques où peuvent s'inscrire les médecins et les biologistes étrangers à l'Union.

La première assemblée a décidé que le prochain Congrès aurait lieu en Suisse, à Berne, sous la présidence de M. le professeur Burgi, dans le courant de l'année 1936.

Les membres fondateurs constituent déjà un groupement de 250 membres. Les médecins et biologistes désireux d'adhérer à l'Union sont priés d'adresser leur demande au secrétaire général, 24, rue de Téhéran, Paris (VIIIe). Conformément aux statuts, leur admission sera décidée par la prochaine assemblée générale.

Parmi les membres déjà inscrits, citons : MM. Cade, Carle, Hérissey, Levaditi, Mme Randoin, MM. Rathery, Regaud, Tiffeneau pour la France; MM. Pende, Piccinini pour l'Italie; M. Glaessner pour l'Autriche, M. Hernando pour l'Espagne, M. Roch pour la Suisse.

Collège de France. Laboratoire des maladies infectieuses et épidémiques. — M. le professeur Hyacinthe Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 5 décembre, à 5 heures (salle 5) et le continuera les mercredis suivants.

Sujet du cours : *l'infection et l'immunité.*

Clinique de la tuberculose. — Professeur M. N...; chargé de l'enseignement : M. Etienne BERNARD, agrégé.

M. Etienne Bernard a commencé ses leçons à la salle des conférences de la clinique, le mercredi 14 novembre 1934, à 11 heures, et les continue les mercredis suivants à la même heure.

SUJET DES LEÇONS : *Le rhumatisme tuberculeux.*

Chaire de la clinique de la tuberculose (Fondation du Conseil général de la Seine). — Professeur M. N...; chargé

NOUVELLES *(Suite)*

de l'enseignement : M. Etienne BERNARD, agrégé. Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, et dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT (pour le 1er semetre),

I. DANS LES SALLES DE MALADES. — *Lundi, jeudi, vendredi, samedi*, à 9 *heures*. — Visite par M. Etienne Bernard, agrégé, et par MM. Bernal et Cord, chefs de clinique, Bouvrain et Duperrat, internes du service.

II. A L'AMPHITHÉATRE DE LA CLINIQUE. — *Mardi*, 10 *heures*. — Présentation de malades. — 11 heures : Examens médico-chirurgicaux avec la collaboration de MM. Lardennois et Maurer, chirurgiens des hôpitaux.

Mercredi, 11 *heures*. — Leçon clinique.

III. AU DISPENSAIRE LÉON-BOURGEOIS. — *Lundi*, 9 *heures*. — Pneumothorax artificiels compliqués (Dr Triboulet, assistant). — 10 heures : Traitements auriques ambulatoires (Dr Ch. Mayer, assistant). — 14 h. 30 : Policlinique ; Service médico-social par les Drs Baron et Triboulet, assistants.

Mardi, 10 *heures*. — Sections de brides (Dr Triboulet, assistant).

Mercredi, 9 *h*. 30. — Pneumothorax artificiels (Drs Baron, Triboulet, Poix et Valtis.) — 9 *h*. 45 : Examens radiologiques par le Dr Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec. — 10 *heures* : Contre-visite pour le placement familial d'enfants par le Dr Vitry, médecin de l'O. P. H. S.

Jeudi, 9 *h*. 30. — Policliniquc avec examens radioscopiques par les assistante. Service médico-social par les Drs Baron et Triboulet. — 10 *h*. 30 : Prophylaxie antenatale de la première enfance.

Samedi, 9 *h*. 30. — Policlinique avec examens radioscopiques. Service médico-social par les Drs Baron et Triboulet. Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium par le Dr André Martin, médecin de l'O. P. H. S.

IV. A LA CRÈCHE LANDOUZY. — *Vendredi*, 10 *h*. 30. — Clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance par le Dr Lamy, médecin des hôpitaux.

V. AUX LABORATOIRES. — Séances de travaux pratiques aux laboratoires : d'Anatomie pathologique (Mlle le Dr Gauthier-Villars) ; de bactériologie (Dr Lévy-Bruhl) ; de chimie (Dr Olivier). Démonstrations de bronchoscopie (Dr Soulas).

Clinique médicale de l'hopital Cochin. — M. le professeur Marcel LABBÉ commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le mardi 27 novembre 1934, à 10 h. 30, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Tous les matins, de 9 *heures à* 10 *h*. 30. — Leçon de séméiologie et examen de malades par les chefs de clinique : MM. Uhry, Goldberg, Louvet et Thiéry.

Les lundis, mercredis et jeudis, 10 *h*. 30. — Présentation de malades par le professeur M. Labbé ou par MM. Azerad, Justin-Besançon, Gilbert Dreyfus, médecins des hôpitaux.

Le samedi, 10 *h*. 30. — Discussion des observations des malades sortis du service, sous la direction du professeur M. Labbé.

Tous les matins, 9 *heures*. — Consultation dans le service.

Lundi. — Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Bith, ancien chef de clinique.

Mercredi. — Maladies de la digestion et de la nutrition par M. Carrié, médecin des hôpitaux.

Jeudi. — Rhumatismes, par M. Coste et M. Justin-Besançon, médecins des hôpitaux.

Vendredi. — Maladies de la digestion, de la nutrition et des glandes endocrines, par le professeur M. Labbé et M. Azerad, médecins des hôpitaux.

Samedi. — Maladies des glandes endocrines, par M. Gilbert Dreyfus, médecin des hôpitaux.

Chaire de bactériologie. — M. le professeur Robert DEBRÉ commencera son cours le lundi 26 novembre, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : *Les bactéries pathogènes pour l'homme*.

Chaire d'histologie. — M. le professeur CHAMPY a commencé son cours le mercredi 14 novembre 1934, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique) et le continue les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

SUJET DU COURS : *La cellule et les tissus* (Cytologie générale. Tissus de soutien. Sang. Muscles. Tissus nerveux. Cellules reproductrices).

Cours et travaux pratiques de chimie médicale. — M. le professeur A. DESGREZ, membre de l'Institut, a commencé une série de le çons de chimie appliquée à la médecine les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian).

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Dr Henri Labbé, agrégé, chef de travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 19 novembre 1934, à seize heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et continue ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS : *Histoire résumée de la médecine française de Laennec à* 1934.

Horaire des leçons :

26 *Novembre*. — La médecine et la chirurgie sous l'Empire.

3 *Décembre*. — Laennec.

10 *Décembre*. — L'école clinique médicale.

17 *Décembre*. — L'école clinique chirurgicale.

7 *Janvier* 1935. — L'anatomie pathologique.

14 *Janvier*. — Claude Bernard.

21 *Janvier*. — Pasteur.

28 *Janvier*. — La médecine légale.

4 *Février*. — La psychiatrie.

11 *Février*. — La neurologie.

18 *Février*. — La médecine française d'entre deux guerres.

25 *Février*. — La France médicale de guerre.

Laboratoire Lemonnier (Ecole pratique. Escalier C). — Une série de douze démonstrations d'*anatomie pathologique* sera faite par MM. MACAIGNE, agrégé, et NICAUD, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital

NOUVELLES *(Suite)*

Lariboisière, tous les jours à 2 heures, à partir du lundi 26 novembre 1934.

Cours gratuit. S'inscrire chez le concierge de l'École pratique.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 22 *Novembre*. — M. ANDRÉ CLÉOSTRATE, Contribution au traitement préventif et lucratif des accidents sériques par l'hyposulfite de magnésium. — M. SANDOR, Etudes des antigènes des microbes pathogènes. — M. SPYRANTIS, La forme nerveuse de la dengue. — M. CHAUMEIL, Etude des colonies de vacances et des camps thermaux.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

24 NOVEMBRE. — *Melun*. Hôpital. Concours de l'internat de l'hôpital de Melun.

24 NOVEMBRE. — *Marseille*. Hôtel-Dieu. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

25 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr ETIENNE BERNARD : La typhobacillose.

26 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Quinze-Vingts. Concours de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

27 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

27 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MARCEL LABBÉ : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Les syndromes hypophysaires en médecine infantile.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique.

28 NOVEMBRE. — *Paris*. Assistance publique. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital d'Aubervilliers. 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique Médicale thérapeutique, de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Gangrène du membre supérieur chez un diabétique.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique uorlogique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

29 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 10 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

30 NOVEMBRE. — *Clermont (Oise)*. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

30 NOVEMBRE. — *Nîmes*. Hôpital de Nîmes. Dernier délai d'inscription des candidats pour le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

30 NOVEMBRE. — *Saint-Etienne*. Clôture du registre d'inscription des candidats au concours de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

30 NOVEMBRE. — *Nancy*. Préfecture. Dernier délai d'inscription des candidats au poste d'inspecteur départemental d'hygiène.

30 NOVEMBRE. — *Macon*. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin inspecteur d'hygiène en Saône-et-Loire.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Paris*. Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

1er DÉCEMBRE. — *Rabat* (Direction de la santé et de l'hygiène publique). Clôture d'inscriptions pour le concours du prix Lyautey et Steig.

2 DÉCEMBRE. — *Paris*. Assistance publique (49, rue

NOUVELLES *(Suite)*

des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr Le Lorier : La dystocie fabriquée.

3 Décembre. — *Paris.* Assistance publique (salle des commissions), 9 heures. Concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

3 Décembre. — *Alger.* Concours de médecin suppléant d'électro-radiologie de l'hôpital d'Oran.

6 Décembre. — *Paris.* Société végétarienne, 20 h. 30 (mairie du VIe arrondissement). M. Georgia Knap : Le rhumatisme s'efface rapidement comme le crayon sous la gomme par la pratique du végétarisme.

6 Décembre. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr Gaston Eliet : Exposé général de la médecine naturelle.

6 Décembre. — *Saint-Maurice (Seine).* Asile national des convalescents. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'asile national des convalescents.

7 Décembre. — *Nîmes.* Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

7 Décembre. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

9 Décembre. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr Bariéty : L'amylose.

10 Décembre. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 Décembre. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours de nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 Décembre. — *Montevideo.* Congrès panaméricain de tuberculose.

10 Décembre. — *Paris.* Concours pour le poste de médecin-chef du service de neuropsychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

10 Décembre. — *Clermont (Oise).* Concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

12 Décembre. — *Alger.* Gouvernement générale de l'Algérie. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Menerville.

13 Décembre. — *Saint-Maurice (Seine).* Concours de l'internat de l'asile national des convalescents.

14 Décembre. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

14 Décembre. — *Limoges.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

14 Décembre. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

15 Décembre. — *Paris.* Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

15 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai des candidatures à des postes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Paris.

16 Décembre. — *Limoges.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

16 Décembre. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr Devraigne : La môle hydatiforme.

17 Décembre. — *Paris.* Concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

CHRONIQUE DES LIVRES

Hallucinations et délire, par le Dr Henri Ey. 1 vol. in-16 de 122 pages : 15 francs (*Alcan, éditeur, Paris*).

M. Séglas a honoré cet intéressant travail d'une préface étendue ; nous ne pouvons mieux faire que d'en reproduire la fin : « C'est un exposé de la question, sobre, mais complet, clair et précis ; une excellente mise au point des travaux antérieurs, qui comporte en plus une part de recherches et de vues personnelles très importante. Ce travail n'est d'ailleurs pas un essai, et l'auteur s'est déjà signalé à l'attention par une série de mémoires intéressants sur la question des hallucinations qui semble le passionner. Aussi nous est-il permis de penser que ce livre n'est que le premier d'une série ; sans doute d'autres viendront le compléter que celui-ci nous fera attendre avec impatience. Sous son apparence modeste, ce petit livre me paraît destiné à devenir rapidement classique : dès aujourd'hui il a sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux, médecins, psychologues, étudiants, qui, de près ou de loin, s'intéressent aux choses de la psychiatrie, en particulier au problème toujours renouvelé et toujours passionnant de l'hallucination. »

Précis de psychologie sexuelle, par Havelock Ellis, traduit de l'anglais par R. Bouvier. 1 vol. in-8 de 432 pages : 35 fr. (*F. Alcan, éditeur, Paris*).

L'auteur, un des pionniers de la science sexologique, est surtout connu par l'ouvrage considérable intitulé *Etudes de psychologie sexuelle*, ouvrage qui comprend sept gros volumes et qui a été traduit en français. Un semblable développement limite naturellement l'usage de ce traité à un cercle restreint de personnes; aussi a-t-on justement pensé qu'il serait utile de le résumer en un livre moins fouillé, mais qui puisse atteindre plus de lecteurs : médecins, juristes, éducateurs ou simplement gens cul.

tivés qui s'intéressent à la sexologie et à ses retentissements multiples. Le précis dont la traduction vient de paraître s'ouvre par un long chapitre purement physiologique, puis étudie l'impulsion sexuelle pendant la jeunesse, les déviations sexuelles et particulièrement l'homosexualité. Sans adopter toutes les données psychanalytiques, l'auteur est très sympathisant au freudisme dont les principales conceptions sont reproduites. Puis viennent des considérations sur les problèmes pratiques que pose le mariage, les relations entre conjoints, les transformations de l'impulsion sexuelle.

Ce livre touche à un si grand nombre de problèmes qu'il était évidemment impossible de traiter à fond ce qui concerne chaque spécialité. Mais son but principal est de servir d'introduction à des études plus complètes, et chacun s'accordera à reconnaître qu'il est largement atteint.

A. BAUDOUIN.

Eléments de chimie organique biologique, par MM. M. POLONOWSKI et LESPAGNOL. Préface du professeur DESGREZ. Un vol. de 594 pages avec figures; prix : 100 francs (*Masson et Cie, éditeurs, Paris*).

Ce livre pourrait s'intituler *Chimie des principes immédiats des êtres vivants.* Il se différencie des traités de biochimie en ce qu'il n'accorde aucune place à la physiologie : mécanismes de la digestion, échanges nutritifs, rations alimentaires, etc. C'est un traité de chimie organique qui se limite aux éléments intéressant le biologiste, dont l'étude peut être présentée avec tout le développement désirable. Il a donc une physionomie bien à part et répond aux besoins et à la curiosité d'un grand nombre de lecteurs. On sait combien cette chimie des constituants cellulaires suscite chaque jour de travaux et de controverses.

L'ouvrage s'ordonne logiquement en trois parties : glucides, lipides et protides ; il s'ouvre par l'étude de la fonction chlorophyllienne et suit la synthèse organique naturelle jusqu'à la formation des complexes azotés les plus différenciés : pigments pyrroliques, alcaloïdes.

On y trouvera les acquisitions les plus récentes sur la chimie des sucres et glucosides, sur les pigments caroténoïdes et la vitamine A ; le chapitre des stérols est développé comme il convient, avec l'histoire chimique de la vitamine D et des hormones sexuelles ; les pigments sanguins, biliaires et chlorophylliens sont longuement étudiés à la lumière de travaux qui viennent à peine de s'achever.

Sans donner aux techniques de chimie analytique une place de premier plan, les auteurs ne manquent pas de rapporter les plus appropriées ou les plus récentes. Signalons encore que l'ouvrage est imprimé en deux caractères : le petit texte est destiné à rappeler au lecteur les notions chimiques d'ordre tout à fait général qui pourraient lui faire défaut.

En résumé, ouvrage excellent tout au point de vue scientifique que didactique. Il faut remercier MM. Polonowski et Lespagnol de l'effort qu'ils ont accompli pour extraire des mémoires originaux cette documentation considérable et pour la présenter avec un rigoureux esprit critique et une séduisante clarté.

A. BAUDOUIN.

La lutte internationale contre le cancer, par le Dr J. BANDALINE. Préfaces de M. JUSTIN GODART et du professeur ROUSSY. 1 vol. in-8 de 947 pages : 135 francs (*Editions Maloine, Paris*).

Ce gros volume, de 950 pages, donne l'état actuel de la lutte anticancéreuse dans tous les pays du monde. Il y a près de trente ans, en 1906, le Dr Ledoux-Lebard avait consacré à ce sujet une importante thèse inaugurale. Mais, depuis lors, de grands efforts ont été accomplis et l'ouvrage du Dr Bandaline vient à son heure.

Dans une première partie, historique, l'auteur expose quelles furent les conceptions cancérologiques à travers les siècles, de l'antiquité jusqu'à notre époque. Il indique ensuite, avec des développements étendus, la genèse, l'état actuel, les tendances de la lutte anticancéreuse en France. C'est en 1892 que fut créée, à l'instigation de Verneuil, la première ligue française contre le cancer, en 1895, Duplay fonda la première Revue des maladies cancéreuses; l'Association française pour l'étude du cancer date de 1906. Tous ces efforts furent couronnés par la fondation de l'Institut Curie, la création de la Ligue française contre le cancer (1917), l'ouverture des Centres anticancéreux de Paris et de la province, et enfin celle de l'Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris (1930), dû à l'initiative du doyen Roussy. Le livre de M. Bandaline donne des renseignements très précis sur le fonctionnement de chacun de ces organismes et les principales acquisitions scientifiques qui leur sont dues.

La seconde partie de l'ouvrage couvre plus de cinq cents pages et donne sur les organisations anticancéreuses des autres pays une documentation, statistique et scientifique, également très étendue et de toute première main. Nulle puissance n'est négligée, les petites comme les grandes.

Il faut savoir gré au Dr Bandaline, un des pionniers de la lutte anticancéreuse, de l'énorme labeur qu'il a fourni pour rassembler les matériaux de ce livre et les présenter avec tant de soin.

A. BAUDOUIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI DU 20 DÉCEMBRE 1933 ET FERMETURE DES PHARMACIES

Par E.-H. PERREAU
Professeur de législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse

La loi du 12 juillet 1916 prescrit, en certains cas, la fermeture des pharmacies et des établissements où l'on use en commun de stupéfiants, à titre de peine complémentaire. D'autres dispositions légales ordonnaient aussi, comme peine de certaines infractions, la fermeture de divers fonds de commerce. Sauf dans un cas particulier, la loi du 20 décembre 1933 vient de supprimer cette peine, en lui substituant l'interdiction pour le délinquant d'exercer la profession dans laquelle il a commis ce délit.

Au cours des travaux préparatoires, on a montré que la fermeture du fonds risque d'atteindre gravement dans leurs intérêts des personnes complètement étrangères aux infractions commises (vendeur non payé, créanciers ayant reçu le fonds en nantissement, etc.), résultat certainement injuste et contraire au principe essentiel de la personnalité des peines. D'après la loi nouvelle, tous les droits des tiers demeurent intacts sur le fonds où l'infraction s'est commise. Seul l'exploitant, auteur du délit, sera frappé, pendant la durée fixée par justice, de l'incapacité d'exercer sa profession, fût-ce par une personne interposée.

Notons que les conséquences de ces deux genres de peines sont loin d'être identiques. Lorsque la fermeture du fonds n'est pas simplement la sanction de l'incapacité de l'exploitant délinquant, lorsqu'elle a pour but d'empêcher la continuation d'actes délictueux perpétrés dans un établissement donné, le même commerce n'y peut plus être continué, fût-ce par d'autres personnes que la partie condamnée ; son vendeur, ni son bailleur ne peuvent le reprendre pour l'exploiter eux-mêmes ; un acquéreur, pas plus qu'un locataire ne peuvent l'exploiter. La fermeture en doit être ordonnée, même si l'état délictueux avait cessé au jour de la condamnation, ou si le fonds appartient à un tiers qui n'a pas été mis en cause, restant étranger au délit. En cas d'incapacité de continuer sa profession prononcée contre une personne, des résultats inverses vont se produire.

Cependant, les principes propres à la législation pharmaceutique ne rapprochent-ils pas les deux genres de peines, de telle sorte que, depuis la loi nouvelle, la situation des pharmaciens ne soit guère modifiée ?

§ 1er. Situation de l'officine durant la peine.

I. — Envisageons d'abord, ne fût-ce que pour préciser la situation par voie d'opposition, le cas des fumeries d'opium ou établissements analogues dans lesquels on procure à autrui l'usage en société de stupéfiants (loi 12 juil. 1916, art. 2, § 2). D'après le texte primitif de la même loi (art. 4, § 4), les juges *devaient* ordonner, en prononçant la peine principale, la confiscation des stupéfiants et du matériel et la fermeture du fonds pendant au moins une année, sans que la durée de la fermeture fût inférieure à celle de l'emprisonnement prononcé.

D'après la loi du 20 décembre 1933, les tribunaux doivent prononcer (outre la peine principale et la confiscation du matériel) l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai qu'ils fixent, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle s'est commis le délit. En conséquence, les hôteliers, limonadiers, droguistes, marchands de chinoiseries, ayant dans leur établissement procuré à autrui l'usage en société de stupéfiants, seront incapables d'exercer leur métier principal pendant le temps fixé par le juge. Notons au passage cette nouveauté dans notre droit pénal, laissant au juge le pouvoir d'arbitrer librement la durée de la peine.

Celle-ci est évidemment très rigoureuse, raison de plus pour en déterminer l'exacte portée. La loi nouvelle n'ordonnant pas la fermeture du fonds, l'établissement peut donc rester ouvert, pourvu que l'exploitation ne passe pas au prête-nom du condamné. Il a donc le droit de le vendre, si la vente est loyale et ne masque pas un simple prête-nom. Son vendeur non payé peut faire résoudre la vente et lui-même exploiter le fonds ou le revendre à une autre personne qui l'exploitera librement. A la rigueur, l'hôtelier peut louer son fonds ou le mettre en gérance (arg. art. 8).

II. — Sensiblement différente sera la situation de l'officine dont le pharmacien est frappé d'incapacité professionnelle.

Lorsqu'un pharmacien contrevient aux règlements sur la police des stupéfiants, ou délivre sciemment, sur présentation d'ordonnances fictives, des stupéfiants à autrui, les tribunaux *pouvaient*, d'après le texte originaire de la loi de 1916 (art. 4, § 2), prononcer la fermeture de l'officine pendant au moins huit jours ; quand ils prononçaient l'emprisonnement, ils *devaient* la fermer pendant toute sa durée.

D'après la loi nouvelle, sans jamais y être obligés, l'emprisonnement fût-il prononcé, les tribunaux peuvent interdire au pharmacien

contrevenant l'exercice de sa profession pour une durée n'excédant pas deux ans. Quelle est alors la situation de l'officine ?

D'abord, en cas d'emprisonnement, elle doit être fermée immédiatement pour toute sa durée, comme par le passé, quoique l'incapacité professionnelle, nous le dirons plus loin, commence uniquement de l'expiration de la peine. En effet, d'après l'interprétation généralement adoptée par la jurisprudence, la loi du 21 germinal an XI n'autorise pas à séparer la propriété de la gérance de la pharmacie. Evidemment, c'est pour ce motif que la loi de 1916 ordonnait la fermeture de la pharmacie, dans tous les cas où le pharmacien était condamné à la prison, pendant toute la durée de la peine. Malgré le silence de la loi nouvelle, la même solution s'impose encore, en vertu des principes généraux de la législation pharmaceutique.

Ces mêmes principes vont aggraver, à un autre point de vue, la situation du pharmacien frappé d'interdiction professionnelle. La peine de prison achevée, ou dès que la sentence est définitive en l'absence de condamnation à l'emprisonnement, il lui faut fermer son offficine ou la vendre, à moins que son vendeur non payé ne fasse résoudre sa propre vente ; car il ne peut pas la louer ni la mettre en gérance. La pharmacie ne peut donc rester ouverte que lorsque sa gérance et sa propriété passent à une autre personne que le pharmacien interdit.

Dans les cas exceptionnels où la loi autorise la séparation de la gérance et de la propriété de l'officinc (pharmacies d'hôpitaux, de mutualités, d'héritiers d'un pharmacien), quand le propriétaire n'est pas complice du délit entraînant l'interdiction du pharmacien gérant, l'officine peut rester ouverte avec un autre pharmacien.

III. — Rien n'est évidemment changé, par la loi nouvelle, au cas de fermeture ordonnée par les juges, à titre de réparation civile, d'une officine illégalement ouverte ou exploitée, taut que la situation n'a pas été régularisée.

§ 2. **Situation de l'interdit professionnel.**

En cas d'interdiction d'exercice professionnel, la situation de la personne du tenancier d'un établissement où l'on use en commun de stupéfiants et celle du pharmacien condamné pour infraction à la police des stupéfiants sont identiques. Il leur est défendu de reprendre leur ancien métier, non seulement dans leur précédent local, mais en un lieu quelconque.

Toute infraction à cette défense entraîne une amende de 500 à 5 000 francs et un emprisonnement de six jours à deux ans. Pendant toute la durée de l'interdiction, le condamné ne peut, sous les mêmes peines, être employé, à quelque titre que ce soit, dans l'établissement qu'il exploitait, même s'il l'a vendu, loué ou mis en gérance. Il ne pourra même plus être employé de l'établissement qui serait exploité par son conjoint, même séparé de biens (loi 20 déc. 1933, art. 8).

Quel est le point de départ de cette interdiction professionnelle ? En cas de condamnation à l'amende, pas de difficulté, le point de départ est le jour où la condamnation est devenue définitive. Mais en cas de condamnation à l'emprisonnement, cette même solution conduirait en fait à diminuer la durée de l'interdiction de celle de l'emprisonnement ; car il est bien certain que durant sa détention le condamné ne peut exercer son métier.

C'est pourquoi la jurisprudence décidait déjà que l'interdiction des droits civiques, civils et de famille, prévue par l'article 42 du Code pénal, court de la fin de l'emprisonnement (1). La même solution vient d'être étendue par la Cour suprême à l'interdiction d'exercer la profession médicale, en vertu de la loi du 30 novembre 1892 (art. 25 et 26). L'arrêt précise d'ailleurs que, si la durée de l'interdiction, en cas d'interdiction temporaire, se compte depuis l'expiration de la peine principale, le condamné en cours de peine est déjà frappé de l'incapacité (2). Il en résulte notamment qu'au cas de libération conditionnelle avant l'achèvement de sa peine de prison, il ne peut reprendre momentanément son ancien métier (3).

La même solution s'applique, évidemment, pour identité de motifs, à l'interdiction d'exercer d'autres professions, notamment celle de pharmacien.

Lorsque l'interdiction professionnelle est supérieure à deux ans, le tribunal ordonnera la vente du fonds aux enchères publiques, s'il appartient au condamné. Quand celui-ci l'exploitait pour autrui, le tribunal en autorisera la reprise par le propriétaire. En ordonnant la vente, le juge nomme un administrateur provisoire du fonds et désigne un notaire qui procède à la vente dans les formes ordinaires de celle des fonds de commerce. En cas de difficulté, il sera statué par le juge des référés (loi 20 déc. 1933, art. 9).

(1) VIDAL et MAGNOL, *Cours de Droit criminel et Science pénitentiaire*, 7e édit., n° 555, p. 678.

(2) Cass. Crim., 7 décembre 1933, *Gaz. Pal.*, 9 janvier 1934.

(3) VIDAL et MAGNOL, *op. cit.* ; GARRAUD, *Précis de Droit criminel*, 14e édit., n° 541 ; LABORDE, *Précis de Droit pénal français*, 3e édit., n° 275, p. 190.

VARIÉTÉS

LA NÉCESSITÉ DU CONTROLE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES (1)

Par Lucien DAUTREBANDE et Edgard ZUNZ

Professeur à l'Université de Liége. — Professeur à l'Université de Bruxelles.

L'afflux croissant des spécialités présente de sérieux inconvénients. Afin de les empêcher, on a eu recours soit à un contrôle d'État (Pays-Bas), soit à un contrôle autonome (États-Unis). Il importe de compléter l'organisation belge, due à l'initiative des pharmaciens, en créant un organisme analogue au Conseil de pharmacie et de chimie américain, qui est l'émanation de l'Association médicale américaine. — Sans remonter à Dioscoride, père de la matière médicale, ou même à Paracelse, fondateur de la thérapeutique chimique, il n'est peut-être pas inutile de faire très sommairement l'historique de la question qui nous occupe. Rappelons que, dès 1618, le Collège des médecins de Londres, dans le but de régulariser la vente incohérente de remèdes plus ou moins secrets, publiait la première édition de la Pharmacopée britannique. Ce volume mentionnait 2 000 remèdes dont plus de la moitié reconnaissait une origine végétale ; nombre d'entre eux étaient exactement ceux qu'avaient recommandés Hippocrate et Galien. Le XVIIe et le XVIIIe siècle constituèrent une période de lents progrès. Il appartenait au XIXe siècle d'imprimer à la thérapeutique une allure nouvelle. La polypharmacie des siècles précédents fit place à un art de prescrire simplifié. On attribua moins d'importance à la tradition qu'à la valeur de l'expérience et de l'observation. Certaines écoles de thérapeutique, comme celle de Skoda, professaient même un scepticisme exagéré. Mais, dans l'ensemble, l'esprit expérimental qui fleurissait en physiologie et en pathologie trouva également son expression dans l'étude des médicaments et substitua à la notion de la *materia medica* celle de la pharmacologie expérimentale. Dès le début du siècle on introduisit en thérapeutique des composés chimiques bien définis et relativement simples (bromures, iode) et Magendie préconisait certains alcaloïdes (émétine, morphine, strychnine, etc.).

Les découvertes de Pasteur eurent comme conséquences la sérologie et la vaccinothérapie. Après la découverte de l'aniline en 1856, la chimie organique fournit rapidement de nombreuses substances synthétiques à la thérapeutique. Puis, la physique elle-même participa à ces progrès. Les émanations radioactives, les rayons X, l'électricité, les rayons ultra-violets, l'hydrologie, apportèrent leur contribution au traitement des maladies. Récemment enfin, le physiologiste s'unissait au chimiste pour nous donner les hormones et les vitamines.

Depuis qu'on a établi des relations entre la structure chimique et l'action pharmacologique, de nombreux laboratoires industriels se sont efforcés de préparer des substances efficaces contre tel ou tel symptôme morbide ou telle ou telle maladie, tout en ne présentant guère ou pas d'effets nocifs. Et des progrès considérables ont été à coup sûr réalisés de cette manière. Il en est de même pour ce qui concerne le champ si vaste des préparations opothérapiques, des sérums et des vaccins.

D'autre part, les fabriques de produits médicamenteux ont lancé dans le commerce de nombreuses spécialités, formées par des mélanges en proportions appropriées de diverses substances dont les effets dans l'organisme sont ainsi accrus ou dont certaines actions nocives sont empêchées ou entravées. Des composés chimiques et de nombreuses drogues d'origine animale ou végétale font aussi l'objet de préparations spécialisées.

On ne pourrait qu'applaudir à ces efforts si ces préparations n'étaient pas souvent lancées à grand renfort de réclames tantôt seulement auprès des médecins, mais le plus souvent aussi auprès des malades et du public en général, et s'il ne pouvait pas en résulter de sérieux inconvénients à la suite de la vente directe aux malades de ces spécialités soit par le pharmacien, soit même par les fabricants.

A l'heure actuelle, dans la plupart des pays, n'importe qui, même sans connaissance spéciale, sans diplôme approprié, peut fabriquer et offrir au public un remède dont il pourra même déposer le nom. Rien n'empêche le fabricant de proposer, sans le moindre fondement, la cure d'autant de maladies qu'il lui plaît.

Quelquefois les spécialités lancées à grand renfort de réclame se composent de substances inoffensives et sans autre utilité que d'enrichir les vendeurs qui les mettent sur le marché, parfois à des prix réellement excessifs. D'autres fois la composition ne correspond pas à ce que prétend le fabricant et les malades, dont une thérapeutique appropriée aurait pu rétablir rapidement la santé, voient leur affection s'aggraver et nécessiter un traitement prolongé.

Enfin les médecins sont quelquefois induits en erreur par les prospectus alléchants qui accom-

(1) Rapport présenté le 20 mai 1934 à la Société belge de thérapeutique, publié par *Bruxelles médical*, n° 39, 29 juillet 1934.

VARIÉTÉS *(Suite)*

pagnent les envois de médicaments dont on les accable.

Les maladies choisies pour l'exploitation relèvent la plupart du temps de la plus longue chronicité. Le préjudice ainsi causé est d'autant plus grand que parfois le malade, sur la foi d'une publicité non contrôlée, perd un temps précieux à prendre un remède inefficace, alors qu'un diagnostic précoce l'eût souvent mis à l'abri des conséquences les plus graves de l'affection dont il est atteint.

Le danger est réel et il importe de le prévenir. Aussi se préoccupe-t-on depuis longtemps, tant dans les sphères médicales et pharmaceutiques que dans les administrations qui ont l'hygiène publique à leur charge, de prendre des mesures appropriées pour tâcher de porter remède à cette situation.

Tous les pays ont tenté de réagir. Il y a quelques années, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Australie, l'Allemagne, la Pologne, la Yougoslavie, l'Espagne, l'Autriche et la Hongrie se sont émues de la situation, ont créé des Commissions et ont fait différentes recommandations, mais généralement sans effet réel.

En Belgique, il existe deux organismes (Réglementation Codex et Spepha) qui ont tenté depuis quelques années de surveiller la vente des spécialités. Voici comment ils fonctionnent :

La maison qui veut faire admettre une spécialité en présente trois échantillons. L'un est scellé et conservé en cas de contestation, l'autre est remis au fabricant, enfin le troisième est analysé dans les laboratoires de ces organismes.

La préparation doit être conforme à la formule donnée par le fabricant et inscrite sur l'emballage. Si l'analyse montre qu'il en est réellement ainsi, la spécialité est agréée. L'agréation d'une spécialité donne l'assurance que le produit est de bonne préparation et que la composition reste constante. Les spécialités agréées portent sur l'emballage un timbre sur lequel le numéro de l'agréation est mentionné.

Parmi les clauses de l'agréation en figure une qui exige que le fabricant n'apporte aucune modification dans la composition de la spécialité sans en référer à l'organisme de contrôle et sans l'indiquer sur l'étiquette portant la formule. Si, dans la suite, le pharmacien a des doutes quant à la composition de tel ou tel produit, il peut le faire vérifier par l'organisme qui a agréé la spécialité. Un échantillon prélevé dans le commerce est alors analysé et l'on s'assure ainsi, aussi fréquemment qu'il est nécessaire, de la similitude du produit prélevé et de l'échantillon primitivement soumis à l'agréation.

A vrai dire, ces organismes sont principalement institués pour venir en aide aux pharmaciens. Ils sont censés leur fournir l'assurance que les spécialités examinées répondent bien à la formule donnée, mais rien de plus. Bien que cette assurance soit capitale pour le pharmacien qui est légalement responsable de tous les produits qui sortent de son officine, il est clair qu'elle ne préjuge en rien de la valeur thérapeutique réelle du produit examiné. Au surplus, ne disposant pas, tout au moins à notre connaissance, des moyens d'effectuer les dosages biologiques, il est difficile, sinon impossible, au National Codex et à la Spepha de garantir la valeur des médicaments qui exigent ces essais.

D'autre part, ces organismes n'ont pas la possibilité de réglementer la publicité des produits qui leur sont soumis.

***

Aux Pays-Bas, à la suite de pourparlers entamés entre les sociétés de médecine et de pharmacie, celles-ci adressèrent en 1919 une requête au Gouvernement, visant l'institution d'un comité central ayant pour but :

1° de rechercher la composition, la pureté et l'action pharmacologique des médicaments spécialisés et des autres médicaments et aussi de surveiller les préparations diététiques destinées aux malades ;

2° de procurer aux médecins et aux pharmaciens des résumés raisonnés et exacts des connaissances sur des médicaments importants.

En 1920, le Gouvernement néerlandais créa le « Rijks-Instituut voor Pharmaco-therapeutisch Onderzoek » ou Institut officiel pour les recherches pharmacothérapiques.

La direction de cet Institut fut confiée à un comité de six membres ordinaires et d'un nombre illimité de membres extraordinaires, tous médecins ou pharmaciens. On eut soin de réunir dans le comité les différentes branches de la science médicale. L'Institut a à sa disposition des spécialistes qui peuvent diriger les travaux et fournir les informations dont on a besoin.

Le Comité est assisté par des médecins et des pharmaciens-chimistes, chargés des recherches nécessaires, et par un secrétaire qui réside auprès du président.

La direction de l'Institut est confiée depuis sa

VARIÉTÉS *(Suite)*

création à M. le professeur van Itallie, de l'Université de Leyde.

Actuellement l'Institut dépend du ministère des Affaires sociales. A l'origine, le budget s'élevait à 45 000 florins. Il a été graduellement réduit à 12 000 florins. Un budget si modéré ne permettait pas l'installation d'un laboratoire exclusivement destiné aux travaux de l'Institut. Mais on eut recours aux laboratoires de pharmacologie et de pharmacie bien outillés des Universités hollandaises. Le laboratoire central d'hygiène de l'État à Utrecht offrit l'hospitalité à la Direction de l'Institut. En outre, les membres de l'Institut attachés à des hôpitaux se chargèrent des recherches cliniques.

Les investigations sont, par conséquent, effectuées dans des laboratoires universitaires par les assistants de l'Institut. Pour couvrir les frais, l'Institut accorde de modestes subventions à ces laboratoires. Il paie ses assistants.

Les questions à examiner sont choisies par le Bureau. L'Institut examine aussi les médicaments et les spécialités qui lui sont envoyés.

L'Institut a parfois besoin d'avoir recours à des personnes plus particulièrement compétentes. Jusqu'à présent, il a toujours trouvé la collaboration voulue.

En peu de temps l'Institut a obtenu une grande popularité. La presse médicale et pharmaceutique l'assiste de toutes manières ; la presse politique s'occupe de ses communications. Celles-ci paraissent deux fois par an. Elles contiennent les principaux résultats des recherches effectuées. Elles sont envoyées gratuitement à tous les médecins et pharmaciens des Pays-Bas ; elles sont de cette manière distribuées à plus de 6 000 exemplaires. Elles procurent de nombreux amis à l'Institut, mais sont aussi la source de beaucoup de désagréments.

En effet, le jugement de l'Institut sur les médicaments contrôlés, fondé sur le résultat des recherches, n'est pas toujours conforme aux assertions des fabricants ou des personnes lançant de nouveaux remèdes sur le marché. L'apparition de chaque numéro du Bulletin donne d'ordinaire lieu à des réclamations. Quand elles sont fondées, ce qui est fort rare, elles sont insérées dans le numéro suivant. Dans la plupart des cas, on se tait et on accepte bon gré mal gré le jugement exprimé dans les communications de l'Institut.

Les demandes de contrôle des médicaments affluent. Elles viennent de médecins ou de pharmaciens qui désirent recueillir des informations sur des médicaments annoncés dans les journaux ou qu'ils ont trouvés auprès de leurs malades. Elles sont aussi dues à des fabricants de toutes les parties de l'Europe et même de l'Asie et de l'Afrique qui présentent leurs remèdes à l'examen de l'Institut.

Les médecins sont satisfaits d'avoir à leur disposition un moyen d'obtenir en toute confiance des informations, et l'Institut s'empresse de les leur fournir aussi précises que possible. Les importateurs de nouveaux médicaments qui poursuivent les médecins de leurs visites et de leurs recommandations, se heurtent à une résistance nouvelle et sont envoyés par les médecins à l'Institut afin que celui-ci leur indique son jugement sur le médicament si chaudement recommandé.

L'Institut est heureux de pouvoir prêter son assistance à l'introduction de remèdes qui peuvent remplir leurs promesses. Il tient à appuyer les efforts de ceux qui tâchent de diminuer le prix de revient des médicaments excellents. C'est ainsi que l'Institut a collaboré à la fabrication de l'insuline par un procédé s'éloignant quelque peu de la méthode primitive de préparation et qui a donné un grand rendement de ce médicament. Dès l'apparition de la première publication relative à l'insuline, l'Institut se mit en rapport avec le comité de Toronto. Celui-ci voulut bien communiquer à deux professeurs néerlandais, membres de l'Institut, les détails nécessaires à la préparation de l'insuline et autorisa l'Institut à prendre toutes les mesures afin d'assurer le développement régulier de la fabrication du nouveau médicament aux Pays-Bas. La fabrication fut entreprise sous les auspices d'un des mandataires et l'Institut eut soin d'empêcher la création d'un monopole qui aurait peut-être entravé la baisse du prix.

L'Institut se charge aussi de l'essai des médicaments qui ne peuvent être évalués que par des méthodes physiologiques.

L'Institut a publié jusqu'à présent 25 comptes rendus semestriels contenant des données relatives aux divers médicaments soumis à son examen. En outre, cette publication contient une série d'exposés critiques de nos connaissances concernant de nouveaux médicaments, notamment sur la synthaline, sur l'ergostérol irradié, sur les arsénobenzènes, sur les génalcaloïdes, etc.

En outre, l'Institut, depuis 1922, a publié une série de 14 monographies.

La première a trait à la digitale et à son application en thérapeutique. Elle fut adressée gratuitement à tous les médecins et pharmaciens des Pays-Bas. Les autres monographies furent mises

VARIÉTÉS *(Suite)*

en vente par l'éditeur. Le chiffre des abonnés est actuellement de 1 200 et permet de couvrir les frais de l'édition.

Toutes les monographies donnent un aperçu historique et se composent d'une partie chimico-pharmaceutique. Ce ne sont pas uniquement des résumés, car on y décrit souvent de nouvelles recherches, soit faites par les membres ou les assistants de l'Institut, soit entreprises ailleurs et non encore publiées. Quelques-unes de ces monographies traitent complètement le sujet en question.

Quand l'Institut reçoit une demande d'examen d'un médicament, il commence par envoyer au demandeur un exemplaire des conditions exigées, qui doit être signé et renvoyé au bureau avant que l'on ne commence les recherches.

L'institut n'examine aucun médicament ou aliment dont la composition exacte n'a pas été au préalable communiquée à sa direction. Pour des drogues simples, il suffit d'indiquer soit la composition chimique et la formule, soit la provenance botanique. Pour les mélanges, il faut mentionner les proportions des différents composants.

Le demandeur doit indiquer, en outre, d'une façon jugée suffisante par la direction, les moyens grâce auxquels on peut procéder à l'identification des divers constituants et à leur dosage. Le demandeur doit mentionner les propriétés particulières du médicament et plus spécialement les motifs sur lesquels sont basées les indications thérapeutiques et diététiques.

Le requérant doit fournir à la direction de l'Institut tous les autres renseignements qui paraissent nécessaires et plus particulièrement lui faire parvenir un exemplaire des diverses publications relatives au médicament à examiner.

Les médicaments doivent être envoyés à l'Institut dans leur conditionnement habituel, accompagnés des réclames et papiers qui y sont joints d'ordinaire.

Si le médicament est destiné à être offert directement en vente au public, le conditionnement ne peut pas renfermer d'indications concernant les maladies contre lesquelles on préconise son emploi.

La direction de l'Institut se réserve le droit de prendre toutes les mesures lui paraissant utiles ou nécessaires.

Le résultat de la recherche est publié dans les comptes rendus (*Mededeelingen*) de l'Institut.

On peut reproduire les articles parus dans les comptes rendus en les faisant précéder de la mention suivante : « Overgenomen van de Mededeelingen van het Rijks-Instituut voor Pharmaco-Therapeutisch Onderzoek » (extrait des *Comptes rendus de l'Institut de pharmacothérapie de l'Etat néerlandais*).

Tout autre usage du nom de l'Institut est interdit aux personnes ayant envoyé un médicament ou un aliment à l'examen, sauf si la direction de l'Institut y consent.

Le demandeur s'engage en signant la requête à se conformer à toutes les règles qui y sont formulées et à abandonner tout droit à une intervention judiciaire quelconque relative aux résultats de l'examen du médicament, parus dans les Comptes rendus de l'Institut.

Quand ces conditions ont été acceptées par le fabricant, l'Institut commence par l'examen de la publicité. Si celle-ci dépasse les bornes de ce qu'il juge permis, l'Institut engage l'intéressé à la modifier ou bien à retirer sa demande. L'Institut se réserve alors le droit de faire des recherches pour son propre compte et de prévenir le cas échéant le public qu'il est dupé. Supposons que la publicité soit en ordre. Le médicament passe premièrement à l'analyse chimique. Le résultat est remis au bureau et celui-ci adresse ensuite le produit au laboratoire compétent (pharmacologie, bactériologie, toxicologie, etc.).

Quelquefois les recherches sont complétées par des essais cliniques.

Les divers résultats sont transmis au bureau. Le rédacteur du bulletin les réunit en un seul rapport et en tire la conclusion. Celle-ci est parfois d'accord avec la réclame faite par le fabricant ; au cas contraire, les différences sont indiquées de telle manière qu'il ne puisse subsister aucun doute dans l'esprit du lecteur.

Il va de soi que le Gouvernement néerlandais charge de temps à autre l'Institut de procéder à des recherches et informations. Ainsi le Gouvernement désirait savoir si une loi sur les remèdes spécialisés serait utile et permettrait de combattre le charlatanisme. Les laboratoires de l'Institut analysèrent 80 remèdes de ce genre. Le rédacteur en tira les conclusions. Ce travail servit de base au Gouvernement pour la rédaction judicieuse du projet de loi présenté au Parlement.

***

En 1932, la Société suisse de pharmacie a fondé, à Berne, un Laboratoire de contrôle des médicaments (L. C. M.) dans le but de combattre les abus dans le domaine des médicaments. Ce laboratoire a pour tâche d'analyser des spécialités (dans le sens donné à ce terme par la Pharmacopée helvétique), de faire des expertises d'autres médi-

VARIÉTÉS (Suite)

caments et de fournir des renseignements au sujet des spécialités.

Les analyses peuvent porter sur les spécialités de tout genre, y compris les préparations diététiques et cosmétiques. Elles envisagent avant tout la constance de la composition. Si cela paraît nécessaire et possible, il peut être procédé à des examens pharmacologiques et cliniques.

Les demandes d'analyses doivent être adressées par écrit au directeur du laboratoire et indiquer exactement les renseignements désirés (analyse portant sur certains éléments, analyse qualitative et quantitative complète, etc.). Les analyses s'effectuent en principe sans frais pour les auteurs des demandes. Toutefois, il pourra être perçu, pour les analyses coûteuses, des émoluments qui seront fixés dans chaque cas particulier et portés préalablement à la connaissance des auteurs des demandes.

Les résultats des analyses sont publiés chaque trimestre dans les *Pharmaceutica Acta Helvetica.*

Le laboratoire procède au contrôle des spécialités en usage en Suisse qui renferment des éléments identiques chimiquement à des substances médicamenteuses officinales afin de voir s'ils répondent aux exigences de la pharmacopée. Ces préparations sont achetées de temps en temps dans le commerce et analysées au point de vue de leur conformité avec les exigences de la pharmacopée.

Des demandes d'expertises d'autres médicaments peuvent être présentées au laboratoire. Celui-ci examine si les médicaments en question répondent aux exigences des diverses pharmacopées, autres publications similaires ou recueils de prescriptions. Le matériel nécessaire pour l'expertise doit être mis gratuitement à la disposition du laboratoire par l'auteur de la demande. Ces expertises spéciales sont payées suivant un tarif d'émoluments à établir. Les rapports relatifs à ces expertises sont considérés comme confidentiels.

Enfin le laboratoire fournit gratuitement aux pharmaciens, aux médecins, aux hôpitaux et cliniques, aux instituts universitaires, aux autorités et aux caisses-maladie, des renseignements confidentiels sur des spécialités, pourvu qu'il existe des publications objectives sur leur composition et leur action.

Le laboratoire est géré par une commission dont dépendent le Bureau et le Directeur.

La Commission se compose de : *a*) un membre du Comité de la Société suisse de pharmacie ; *b*) trois propriétaires de pharmacie, membres de la Société suisse de pharmacie ; *c*) un professeur universitaire de pharmacie ; *d*) le directeur du laboratoire ; *e*) un membre de la Société des médecins suisses ; *f*) deux professeurs universitaires de médecine.

Les membres énumérés sous les quatre premières rubriques (*a-d*) sont désignés par le Comité de la Société suisse de pharmacie; les personnes indiquées sous la deuxième rubrique sont choisies autant que possible dans les différentes régions de la Suisse parmi les pharmaciens dont les officines vendent une grande quantité de spécialités.

Le Comité central de la Fédération des médecins suisses désigne les membres compris sous les deux dernières rubriques (*e-f*).

La Commission peut, d'accord avec les sociétés professionnelles qui en font partie, se compléter par des représentants d'autres groupements intéressés.

Le Bureau, formé du président de la Commission, du directeur du laboratoire et du membre du comité de la Société suisse de pharmacie dont il a été question plus haut, veille à l'exécution du programme de travail établi par la Commission. Il surveille l'exploitation du laboratoire et se charge de la correspondance scientifique et commerciale, en tant que celle-ci n'incombe pas au directeur. Il décide s'il y a lieu d'admettre les demandes d'expertise. Il se prononce sur l'approbation des expertises et rapports d'analyse présentés par le directeur. Il peut aussi faire appel à d'autres membres de la Commission pour la rédaction de publications.

Le directeur du laboratoire doit être pharmacien. Il est membre de la Commission et du Bureau. Il dirige et surveille l'exploitation du laboratoire et effectue la correspondance y relative. Il rédige les expertises, ainsi que les rapports d'analyses destinés à être publiés et peut, pour cela, faire appel à d'autres membres de la Commission. Il s'occupe de l'installation et de la tenue correcte d'une cartothèque pour les spécialités.

Les publications du laboratoire sont envoyées aux vingt-deux directions cantonales de l'hygiène et de la médecine. Les médecins suisses les reçoivent gratuitement.

Vingt des vingt-deux cantons suisses ont établi, depuis le 23 juin 1920, un organisme commun de contrôle des spécialités. Mais cet organisme ne procédait pas jusqu'à présent à des analyses de contrôle. Il vient de confier l'analyse régulière des spécialités au laboratoire de la Société suisse de pharmacie pour le contrôle des médicaments.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Ceci aura pour effet d'augmenter beaucoup l'efficacité de l'organisme intercantonal de contrôle.

Le laboratoire de la Société suisse de pharmacie remplit, par conséquent, un rôle analogue à celui de l'Institut néerlandais pour les recherches pharmacothérapeutiques, quoique moins étendu, puisque jusqu'à présent il s'est borné au terrain purement pharmaceutique.

***

Occupons-nous maintenant de l'organisation américaine, la plus ancienne et probablement la meilleure.

Dès 1904, les médecins et les pharmacologistes américains réagirent contre l'envahissement de plus en plus évident de la thérapeutique par les produits secrets, les drogues à nom déposé, les composés synthétiques non scientifiquement contrôlés et la publicité tapageuse qui les répandait dans le public non prévenu. Après différents échanges de vue, ils décidèrent de créer un comité de contrôle des médicaments qui fut désigné par l'appellation de Conseil de pharmacie et de chimie (*Council of Pharmacy and Chemistry*). Composé d'un petit nombre de personnes (4 pharmacologistes : Edsall, Hatcher, Reid Hunt et Sollmann ; 2 chimistes : Long et Steiglitz ; un biochimiste : Folin ; 3 pharmaciens : Wilbert, Hallberg et Puckner ; un clinicien : Capps ; un fonctionnaire : Kleber, directeur du laboratoire des médicaments au ministère de l'Agriculture, et de l'éditeur du *Journal of the American Medical Association*), son installation officielle eut lieu le 11 février 1905, sous les auspices de l'American Medical Association.

Dès le principe, il eut pour mission d'examiner si les produits se trouvant sur le marché satisfaisaient à certaines règles énoncées ci-dessous. Il avait pour objet « de prévenir la fraude, d'empêcher l'apparition de remèdes secrets et de réglementer la publicité ». Toutes les substances médicamenteuses du commerce qui satisfaisaient aux règles fondamentales de ce Conseil devaient être rassemblées dans un petit livre édité annuellement, appelé [*New and Non-official Remedies* (N. N. R.), publication en marge de la Pharmacopée officielle (U. S. P.) et du *National Formulary* (N. F.)

La description des médicaments dans ce petit livre devait être basée en partie sur les informations recueillies auprès des fabricants et surtout sur les recherches entreprises par les membres du Conseil, soit dans leurs laboratoires respectifs, soit dans les laboratoires de chimie de l'American Medical Association.

Voici les règles qui président au choix ou au rejet par le Conseil de pharmacie et de chimie des produits médicamenteux du marché :

1. (*Composition*). — Pour qu'un produit puisse être admis, le fabricant doit faire connaître les substances actives qui y sont renfermées et leurs quantités respectives. La composition générale du véhicule, son pourcentage en alcool et l'identité des antiseptiques éventuels doivent également être communiqués.

2. (*Identité*). — Aucune substance chimique ne sera admise si le fabricant ne fournit pas des renseignements suffisants quand aux tests d'identité, de pureté et de concentration, et quant à la formule, si celle-ci est connue.

3. (*Publicité directe*). — Aucun article directement annoncé au public ne sera accepté ; cette règle ne s'applique pas cependant aux désinfectants si ceux-ci ne s'adressent pas à l'homme ; elle ne s'applique pas non plus aux préparations diététiques, sauf si la publicité est trop tapageuse.

4. (*Publicité indirecte*). — Tout article dont l'étiquette, l'enveloppe ou la circulaire qui l'accompagne libelle le nom des maladies dans lesquelles il est indiqué, sera refusé. Les indications thérapeutiques, les propriétés et les doses peuvent être mentionnées. (Cette règle ne s'applique pas cependant aux circulaires uniquement destinées aux médecins, ni à la publicité dans les journaux médicaux, ni aux vaccins ou antitoxines.)

5. (*Déclarations frauduleuses quant à l'origine*). — Tout article au sujet duquel le fabricant ou ses représentants font des déclarations fausses ou équivoques quant à la source, la matière première, la méthode de récolte et de préparation, ne sera pas accepté ou sera refusé s'il a été accepté antérieurement. L'identité du fabricant doit toujours être exactement fournie au Conseil.

6. (*Déclarations frauduleuses quant à la valeur thérapeutique*). — Tout article au sujet duquel le fabricant ou ses agents émettent des affirmations gratuites, exagérées ou fausses concernant sa valeur thérapeutique sera refusé ou rejeté.

7. (*Substances toxiques*). — L'étiquette principale d'un article contenant des substances toxiques ou héroïques doit annoncer d'une manière évidente la proportion de chacune d'entre elles pour une quantité donnée du produit.

8. (*Dénominations*). Si le nom déposé d'un article n'est pas suffisamment explicite quant à sa composition chimique ou son caractère pharmaceutique ou bien, pour une raison ou pour une

autre, soulève des objections ou des critiques, le Conseil se réserve le droit de faire accompagner dans sa publication annuelle le nom déposé d'un titre explicatif. Toutefois, si l'article porte un nom trop suggestif ou tapageur, le Conseil ne lui accordera aucune attention.

Depuis 1909, cette règle a été rendue plus sévère encore, et tout article dont le nom rappelle une action thérapeutique ou suggère des noms de maladies ou des conditions pathologiques est actuellement rejeté, qu'il s'agisse de mélanges ou de produits simples.

9. (*Produits brevetés et noms déposés*). — Si le produit est breveté (soit comme tel, soit dans son procédé de fabrication), le numéro du brevet doit être fourni au Conseil. De plus, si le nom d'un produit est déposé, ou son étiquette protégée par un copyright, le numéro de la marque de fabrique et une copie de l'étiquette doivent être fournis au Conseil. Ces règles s'appliquent même aux produits brevetés à l'étranger.

10. (*Produits inutiles ou sans intérêt scientifique*). — Tout article dont la composition ne présente pas de caractère scientifique, est inutile ou va à l'encontre des intérêts du malade, sera rejeté. Cette clause s'applique aux produits ou mélanges contenant un nombre excessif de substances actives ou encore différentes substances actives mais dont la présence simultanée n'implique pas de réelle synergie.

New and Non-official Remedies contient la description des produits acceptés jusqu'au premier janvier de chaque année. Un supplément est publié deux fois par an. En outre, dans le cours de l'année, le Conseil de pharmacie et de chimie publie dans le *Journal de l'Association médicale américaine* ses dernières décisions quant à l'adoption des différents produits étudiés. De cette manière, le corps médical est constamment tenu au fait des plus récentes recommandations du Conseil.

Indépendamment des décisions destinées à être incorporées dans les *New and Non-official Remedies*, le Conseil publie encore dans ce journal trois sortes de rapports :

1° ceux qui concernent les produits rejetés ou omis au cours des délibérations de l'année ;

2° ceux qui ont trait à des conclusions préliminaires ou provisoires concernant des produits dignes d'intérêt mais dont l'étude n'a pas encore pu être achevée et qui, de ce fait, n'ont pu être acceptés définitivement ;

3° ceux enfin qui concernent des questions d'ordre général susceptibles d'être utiles au corps médical.

Tel est l'organisme et ses statuts. Depuis bientôt trente ans, il protège la profession médicale et le public américain d'une manière de plus en plus efficace. Son action est due tout d'abord à l'autorité morale de ses membres et ensuite aux moyens (indirects mais puissants) dont il dispose. L'organe de l'Association médicale américaine (*Journal of the American Medical Association*) tire à cent mille exemplaires chaque semaine. Il publie tous les actes du Conseil. D'autre part, dès le début, l'Office de publicité du Journal n'accepta plus d'annonces que des produits autorisés par le Conseil. L'exemple fut suivi par tous les journaux médicaux régionaux.

A côté de cette action indirecte sur le praticien, le Conseil a une influence plus directe sur l'étudiant. Non seulement les pharmacologistes et les cliniciens ne sortent pas dans leur enseignement des règles établies par le Conseil, mais encore tout étudiant en médecine reçoit annuellement et gratuitement un exemplaire des *New and Non-official Remedies*.

Enfin, les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine peuvent à bas prix (50 ou 60 cents) se procurer soit l'épitome de la Pharmacopée, soit un petit livre fort utile publié dans l'esprit du Conseil et appelé *Useful drugs*.

Le résultat ne s'est d'ailleurs pas fait attendre. Dès 1915, dix ans après l'établissement du Conseil, la situation était déjà fort améliorée ; la plupart des fabricants avaient compris l'intérêt d'un tel organisme et lui apportaient leur collaboration.

Actuellement, on peut dire que la presque totalité des maisons de produits chimiques soumet ses produits au Conseil avant de les présenter aux praticiens. Ces derniers y veillent d'ailleurs d'eux-mêmes par le seul fait qu'ils se soucient constamment de savoir si tel nouveau produit a reçu l'estampille du Conseil et, dans la négative, pourquoi il a été refusé.

L'état actuel des choses a une autre conséquence, en apparence paradoxale et qui intéresse directement les fabricants, à savoir la publicité incomparable que donne à un produit l'approbation du Conseil de pharmacie et de chimie. Tout rapport émanant de celui-ci n'est publié qu'une fois, nous l'avons dit, dans le *Journal of the American Medical Association*. Le producteur, par contre, répète les conclusions de ce rapport autant de fois et aussi longtemps qu'il lui plaît, ce qui assure au produit envisagé la plus légitime et la plus large des publicités.

Enfin, l'activité du Conseil, les questions posées aux fabricants, la portée de ses conclusions ont

encouragé les recherches pharmacodynamiques et donné naissance dans les principales maisons de produits chimiques à des départements scientifiques dont l'esprit est excellent, l'apport considérable et le contrôle très efficace.

***

L'exposé relativement détaillé qui vient d'être fait des organisations américaine, hollandaise et suisse montre l'urgente nécessité de compléter l'organisation belge. Il est indispensable de contrôler la composition exacte de toutes les spécialités, d'examiner leur valeur thérapeutique et de réglementer leur publicité. Que l'on envisage la question sous forme d'un contrôle d'État comme aux Pays-Bas ou d'un contrôle autonome comme aux Etats-Unis, il est certain que la Belgique se doit de protéger efficacement la santé publique dans ce domaine.

La Société belge de thérapeutique se préoccupe des moyens pratiques de résoudre ce problème. Il est certain qu'un organisme analogue au Conseil de pharmacie et de chimie américain, composé de personnes travaillant sans rémunération particulière, disposant soit des laboratoires universitaires, soit d'un laboratoire spécial d'État, soutenu par les périodiques médicaux et pharmaceutiques, s'attirerait rapidement l'appui des médecins et des pharmaciens, la reconnaissance et la collaboration de tous les fabricants consciencieux.

VISIONS MÉDICALES D'ESPAGNE

Depuis quelque temps, l'Espagne est plus particulièrement visitée. Ce pays tente d'attirer vers lui le flot de touristes, qui viennent déposer chez lui des monnaies étrangères et peuvent concourir à son enrichissement. D'autre part, les convulsions politiques dont il est agité ont retenu, sur lui, l'attention. A nos portes, un peuple évolue, cherche sa voie, avec des fortunes diverses. Il apparaît que les médecins ont le droit de le regarder, de façon particulière, afin de le mieux comprendre.

Il y a une trentaine d'années, sous la signature du géographe Élisée Reclus, parut un ouvrage considérable, intitulé : *L'Homme et la Terre.* L'auteur y étudiait, dans le déroulement des civilisations actuelles ou disparues, l'influence du sol, du climat, de la race, de l'hérédité, sur l'évolution de l'homme isolé ou en société. C'est une immense fresque de géographie médicale qu'il traçait : et nous pouvons constater la justesse de son raisonnement, en considérant la péninsule ibérique, sous cet aspect spécial et spécialisé.

Quand on franchit les Pyrénées, on a, nettement, la sensation de n'être plus en Europe, de n'être pas encore en Afrique, mais sur une marche intermédiaire, plus rapprochée de l'Afrique du Nord que de l'Europe classique. On a aussi le sentiment qu'il n'y a pas une Espagne, mais des Espagnes, très différentes les unes des autres, par le climat, la nature du sol, les coutumes, le langage, les caractères ethniques.

Et cela se comprend. Considérons l'orographie de ce pays. Toutes les chaînes de montagnes, toutes les sierras, sont parallèles entre elles et au massif pyrénéen ; se profilant d'est en ouest, dessinant ainsi une série de compartiments, ayant peu ou prou de communications les uns avec les autres. Et c'est ainsi que nous avons ces pays diversifiés, comme la Castille, la Manche, l'Estramadure, l'Andalousie. Entre ces sierras, s'étendent de vastes plaines dénudées, désertiques, offrant un sol ingrat, aride, à peu près dépourvu d'eaux de surface. A part la grande route nationale, des pistes relient les rares villages, dont l'aspect, ou très sévère, ou très minable, traduit la mélancolie de l'ensemble.

Et c'est ici qu'intervient l'observation médicale. Gustave Le Bon dit, très justement, que, de même qu'il y a une biologie des individus, existe aussi une biologie des sociétés. Si l'homme a une action, petite, sur la nature environnante, cette nature en exerce une bien plus grande sur lui. Nous réagissons peu sur le sol que nous foulons ; mais, en revanche, toute la nature nous commande, et nous impose des formes extérieures, des habitudes de penser, de vivre, d'agir, nous crée une formule physique et psychique en fonction du milieu cosmique où la naissance et l'hérédité nous ont placés. Et c'est pourquoi l'habitant de la péninsule ibérique nous apparaît nonchalant, sobre, mélancolique. Nous comprenons très bien, quand on contemple les immensités désertes de la Manche et de l'Estramadure, quand nous parcourons ces plaines où rien n'arrête le regard, ni une plante, ni un insecte, ni un oiseau, ni le moindre point d'eau, nous comprenons très bien la mélancolie anxieuse de Don Quichotte, ce délire continu, fait de grandeurs et de petitesses, cette dromomanie qui le pousse, puisque rien de plaisant ne peut l'arrêter, à toujours marcher, à la recherche d'un idéal impossible, à la poursuite d'ennemis qui rendent sa patrie si inhospitalière.

S'il y avait eu des arbres, de l'eau, des champs cultivés, des pâturages, des animaux, des groupes sociaux organisés, Don Quichotte n'eût pas existé. Le nomade se serait fixé ; il aurait donné aux soins de la terre, à la tenue de sa maison, toute l'énergie qu'il épuise en gestes inutiles. Mais, par contre, nous n'aurions pas l'admirable chef-d'œuvre de Cervantès, si représentatif d'un état d'âme commandé par les forces invisibles et toutes-puissantes d'une ingrate nature.

En dehors de la côte levantine, le territoire espagnol est, à peu près, complètement dépourvu de forêts. L'arbre est un facteur de civilisation ; il attire et retient l'eau atmosphérique ; il maintient l'humidité du sol, régularise l'écoulement des ruisseaux, rivières et torrents ; il empêche la terre d'être entraînée au loin. Il donne abri aux insectes et aux oiseaux, dont le rôle n'est pas indifférent dans l'équilibre universel ; il déverse dans l'atmosphère des tonnes d'acide carbonique et d'oxygène, qui concourent à cet équilibre ; il maintient l'harmonie des saisons. L'absence d'arbres fait le climat sec, rude, âpre, déshydraté. Les rayons solaires tapent à cru, et leurs radiations ne sont pas atténuées par les molécules d'eau sur lesquelles elles pourraient se réfléchir. Il s'ensuit que la chaleur est sèche ; il s'ensuit, et c'est là où je voulais en venir, que l'Espagnol vit surtout d'une vie nocturne : ceci commande cela. Et c'est un grand étonnement pour nous, de voir l'Espagnol dîner à dix heures du soir, et se coucher à cinq heures du matin, déambulant sans trêve sous la fraîcheur nocturne. Si le sol de l'Espagne était chevelu, autres seraient les mœurs, puisque nous sommes régis, consciemment ou inconsciemment, par les forces toutes-puissantes de la nature environnante. C'est pourquoi, et c'est une leçon à retenir, nous devons, dans notre France, protéger les arbres, sans lesquels toute civilisation s'évanouirait.

Si nous quittons le centre de l'Espagne, pour considérer la côte levantine, l'Andalousie, nous trouvons un peuple différent, tant par ses mœurs que par son aspect physique, que par sa langue. Nous avons, en effet, devant nous, les reflets d'une autre civilisation ; nous sommes devant les descendants des Arabes. Et là, à côté d'une nature plus riante, mieux irriguée, nous rencontrons un autre facteur, et d'importance, l'hérédité.

On sait quel rôle a joué, du VIIIe au XIIIe siècle, la civilisation arabe en Espagne. Nous connaissons le renom qu'ont laissé les écoles médicales de Cordoue, de Grenade, de Séville, de Tolède. Nous n'ignorons pas qu'elles firent le pont entre la science grecque et l'Occident européen ; que nombre d'ouvrages hellénistiques furent, par les maîtres de ces écoles, transférés du grec en arabe, d'arabe en latin, de latin en français ; et qu'il n'est pas exagéré de dire qu'au XIIIe siècle, l'Espagne musulmane fut le principal flambeau des sciences médicales. La science médicale arabe, à travers Bagdad, Salerne, l'Espagne, est venue s'épanouir jusqu'à Montpellier, et même jusqu'à Paris, où l'*Antidotarium* d'Albucasis, le *Totum continens* de Rhazès, étaient enseignés avec Avicenne et Averrhoës.

Quand un peuple conquérant, dominateur, artiste et lettré, règne sur un pays pendant huit siècles, il l'imprègne profondément. Ainsi, à côté de mots arabes, partie importante de la langue andalouse, nous rencontrons de nombreux types humains, dans les veines desquels coule manifestement du sang maure. Ainsi s'explique, se comprend et s'impose une formule de psychologie sociale particulière. Elle relève d'une lointaine hérédité, toujours vivante, et dont il ne nous est pas permis, à nous, médecins, de négliger l'observation. Nous retrouvons, plus accentués encore que dans d'autres parties des Espagnes, la nonchalance, la sobriété, la fatalisme, le fanatisme. Les fils des anciens Maures, surtout dans la magnifique huerta de Valence, où la nature, ici, féconde, ne refuse rien, grâce au miracle de l'eau, les fils des anciens Maures se plaisent à l'immobilité. Il ne leur déplaît pas d'être illettrés ; tout ayant été dit, pourquoi chercher à apprendre ? Peu de choses suffisent pour vivre ; rien ne vaut la contemplation. Le descendant des anciens Maures est-il religieux ? Je ne le crois pas ; je le classerai parmi les fétichistes. Et là, intervient un apport chrétien ; l'Arabe n'a pas le culte des images ; l'Espagnol arabisant, au contraire, se plaît aux aspects extérieurs de la pensée religieuse. Le mysticisme, chez lui, ne se conçoit que s'il revêt une forme matérielle et brutale. Il aime les scènes de martyre, les représentations où se trouve du sang. Il couvre ses statues religieuses d'habits somptueux et de pierres précieuses. Il n'aurait pas admis l'ascétisme de Port-Royal. Il lui faut des couleurs violentes, des visages crispés, des ivresses extatiques. La procession de la semaine sainte, à Séville, illustre parfaitement, à mon avis, ce mélange de pure foi religieuse avec un fétichisme outrancier.

En rapport aussi avec cette hérédité orientale, apparaît dans les Espagnes le fléau de la mendicité. La mendicité est une vertu. La main arrondie en conque harcèle l'étranger, rapidement repéré.

Autre réminiscence, mais toujours vivante,

d'un lointain atavisme, est la condition de la femme. Elle sort le moins possible. Volontairement claustrée dans son patio, l'Andalouse comme la Castillane ne quitte sa demeure que pour aller aux offices ou aux courses de taureaux. Les fenêtres grillées soulignent et accentuent le rôle dévolu à la femme dans la civilisation arabe, qui est de rester à son foyer. Les siècles, la christianisation n'ont point modifié ces coutumes, parce que les caractères héréditaires demandent plusieurs millénaires pour s'atténuer ou se perdre en d'autres formules.

Sous l'influence de ce fatalisme oriental, l'hygiène publique et privée laisse forcément à désirer. On rencontre, dans les Espagnes, beaucoup d'aveugles, beaucoup d'enfants aux ventres gonflés, beaucoup d'adultes piquetés de trous de variole. Cette insouciance, fille de cette hérédité, marche de pair avec l'ignorance, à laquelle je faisais allusion tout à l'heure; les visages, par ailleurs, reflètent souvent l'absence de toute flamme intérieure ; et c'est encore une curiosité d'ordre médical.

Il semble donc bien qu'il y ait trois facteurs à la base d'un groupe ethnique : l'influence du sol, l'influence d'une agriculture déficiente, l'influence d'une hérédité. Ce sont problèmes essentiellement médicaux ; car le médecin se nourrit d'idées générales, et l'étude de la nature est un très grand livre.

M. Mousson-Lanauze.

L'INFIRMIÈRE CONVOYEUSE

A Dakar, il y a quelques semaines, un enfant se fracturait le crâne. L'opération, qui seule pouvait lui sauver la vie, était trop délicate pour être entreprise sur place. L'avion passait ; on y déposa le pauvre être inerte. Deux jours après, il était opéré à Paris et sauvé.

Ces interventions miraculeuses des transports aériens se multiplient aujourd'hui, non seulement dans les pays tropicaux, mais aussi dans les régions solitaires du Nord. En Suède, par exemple, les avions de la Croix-Rouge ont, depuis dix ans, transporté 565 malades, blessés et femmes en couches. Bien que ces vols aient été opérés souvent dans les conditions les plus difficiles, par des froids extraordinairement rigoureux, sans le secours d'aucun terrain d'atterrissage, d'aucun balisage du trajet, on n'a eu, dans toute cette période, qu'un seul accident mortel à déplorer. En Australie, où les colons s'installent à des centaines de kilomètres les uns des autres, en plein désert, l'avion ne rend pas moins de services. En Égypte, un avion sanitaire stationne en permanence au Caire, et la Compagnie de navigation aérienne se borne à demander le remboursement de l'essence et de l'huile, soit environ 1 fr. 50 par kilomètre.

Le transport par l'air des malades et des blessés est devenu, depuis ces dernières années, un mode de secours éprouvé, dont l'utilisation est appelée à se répandre rapidement dans tous les pays où les routes, les chemins de fer, les centres de traitement sont clairsemés, dans les îles que la débâcle des glaces prive de toute communication au printemps et à l'automne, dans les régions isolées par des montagnes, des forêts, des déserts. Imagine-t-on les souffrances des malades et des blessés transportés à dos de mulet dans les sables de l'Afrique du Nord, martyrisés par chaque pas de leur monture, traînant pendant de longues journées brûlantes sur la piste interminable. Aujourd'hui, l'avion les prend sur place, et les dépose, après quelques heures au plus, à la porte même de l'hôpital.

Mais un premier pansement est nécessaire. D'ailleurs, des complications peuvent survenir en route, du fait de la blessure ou de la maladie, ou encore de l'altitude atteinte. Enfin la victime s'inquiète d'être seule derrière le pilote avec qui elle ne peut communiquer.

C'est pour examiner les solutions apportées à ce problème que la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge a convoqué, le 28 avril, les dirigeants de la Croix-Rouge française, les représentants de diverses Croix-Rouges étrangères et des spécialistes de l'aviation. On s'est accordé à constater que pour assurer à l'avion sanitaire toute son efficacité, sa sécurité et son confort, il doit emporter une infirmière. Aussi, les trois Sociétés de la Croix-Rouge française ont-elles institué le diplôme d'infirmière convoyeuse, décerné après un examen médical, des cours théoriques et des exercices pratiques comportant douze heures de vol, dont trois au moins à trois mille mètres d'altitude ; c'est dans l'avion même, et à cette hauteur au-dessus du sol, que l'infirmière doit appliquer un pansement à un passager bénévole et répondre par écrit à une question dont il ne lui est donné connaissance qu'après l'embarquement. Seules sont admises les infirmières célibataires, n'ayant pas de charges de famille. La Croix-Rouge contracte pour elles une assurance sur la vie et contre les conséquences des accidents. Plusieurs de ces femmes d'élite ont leur brevet de pilote. Une organisation semblable a été créée par la Croix-Rouge britannique.

L'avenir nous réserve de nouveaux progrès. N'a-t-on pas annoncé comme prochain le remplacement de l'avion à ailes fixes par l'appareil à ailes tournantes, qui pourra faire marche arrière, rester sur place, atterrir avec douceur et sécurité sur une surface de quelques mètres carrés ?

Marise Périale.

VARIÉTÉS *(Suite)*

FIESCHI

La mode est assez aux études de psychopathologie historique, pour que le cas de Fieschi ait tenté un jeune docteur roumain Lupu Blau, et l'ait fait choisir comme sujet de thèse inaugurale (1).

***

L'épouvantable explosion de la machine infernale qui, le 28 juillet 1835, ensanglantait Paris, étendant à terre quarante-deux victimes, est un des attentats les plus odieux qui aient été inspirés par la haine publique.

Cette idée diabolique ne pouvait naître que dans un esprit malade.

Orgueilleux, méfiant et de raisonnement faux, Fieschi réalise le type de la constitution paranoïaque. Cependant, on ne retrouve pas dans son cas, comme dans les cas semblables, l'idée obsédante du crime, ni le « soulagement » après son forfait.

Le paranoïaque constitutionnel *est un sujet égoïste, orgueilleux, vaniteux, méfiant, susceptible, qui, en raison de ses tares psychologiques, présente une perversion systématique des facultés logiques, telle qu'il interprète ou exagère dans un sens particulier, généralement hostile, des faits plus ou moins insignifiants. Il se considère comme un centre, un point de mire, vers qui tout converge. Il a un sentiment exagéré de sa valeur intellectuelle, de son rôle social. Il vit solitaire ou en exerçant plus ou moins tyranniquement sa domination sur l'entourage. Il devient fréquemment un bourreau domestique (Heuyer). Il trouve qu'on ne lui rend pas justice. Il est aigri ; sa susceptibilité et sa méfiance peuvent devenir franchement pathologiques et engendrer des interprétations délirantes* (2).

Nous avons emprunté à André Ceillier, la définition que l'on vient de lire.

Ce sujet, passionnant [à une époque où la psychiatrie devient une science de première importance, au moment même où mille cas semblables, inspirés par les passions politiques et l'ambition, se dévoilent] apparait comme un sujet d'actualité que Lupu Blau a su utiliser et développer d'une façon magistrale.

***

Reportons-nous à cent ans en arrière pour comprendre l'état des esprits de cette époque, les haines et les révoltes, les ambitions aussi, même celles des gens ignorés : cela nous permettra de mieux comprendre.

***

Qu'était Fieschi ? un Corse sans avenir, mais ayant beaucoup de prétentions ; un petit bonhomme étrange, hâbleur, vantard, follement courageux et dont on pouvait tout obtenir en flattant son invraisemblable orgueil.

Le père Morey, vieux révolutionnaire, l'invitait de temps à autre à « causer un peu ».

Comme, au cours de l'une de ces entrevues, le Corse lui racontait ses campagnes passées, ses rêves de gloire et ses déceptions ; qu'il montrait, tatouée sur sa poitrine, la croix de la Légion d'honneur qu'une condamnation précédente lui avait enlevée, et qu'il se déclarait disposé à mourir plutôt que de végéter, *il lui arriva de parler d'une machine de guerre dont il était l'inventeur et sur laquelle il fondait de grandes espérances de fortune.*

C'était un appareil pouvant foudroyer un régiment d'un seul coup et qui se composerait d'une cinquantaine de fusils, chargés à mitraille, disposés sur un chevalet et auxquels, simultanément, à l'aide d'une traînée de poudre, un seul homme pourrait mettre le feu. Le Corse esquissa même un croquis : cela pouvait *être utile dans un siège ou dans la défense d'une place forte.* Morey examina le croquis, réfléchit et dit simplement : *Ça pourrait servir à Louis-Philippe.*

L'idée de l'effroyable attentat naquit ce jour-là.

***

Morey était de ceux auxquels tous les moyens semblaient bons pour atteindre l'idéal rêvé. Malade ou fou ? On ne sait. On se heurte ici à une de ces psychologies ténébreuses qui expliquent sans les excuser tous les excès des révolutions. Ce qui est sûr, c'est que le vieux jacobin était familiarisé, depuis longtemps, avec la pensée du régicide et que, dès les premiers mots du Corse inconscient expliquant « la mécanique », il comprit le terrible parti qu'on pourrait tirer d'un tel homme.

A trois jours de là, il emmena Fieschi « faire un tour ». Comme ils passaient sur la place de la Bastille, il l'invita à entrer chez Pépin où l'on déjeuna. Tout en mangeant, Morey vanta l'esprit inventif du Corse et amena la conversation sur la machine. Pépin demanda.

— *Combien la mécanique?*

— *Tout compris, l'achat et le travail des bois, les fusils, la poudre, et aussi le loyer de la chambre*

(1) Lupu Blau, *Fieschi* (Etude de psychopathologie historique (*Thèse Paris*, 1933, Jouve, éditeur, 15, rue Racine, Paris).

(2) Extrait de la 3e édition de la *Pratique médico-chirurgicale*, tome VI, 1931, page 605.

VARIÉTÉS *(Suite)*

et les faux frais, ça ne dépassera pas cinq cents francs.

— *Pour cinq cents francs, reprit Pépin, ça serait dommage de s'en priver.*

Et tout de suite, il fut résolu qu'on chercherait sur les boulevards une chambre bien située où l'on pourrait installer la machine. Le 1er mai approchait et l'on pensait que ce jour-là, qui était celui de la fête du roi, il y aurait sur toute l'étendue des boulevards, de la Madeleine à la Bastille, revue générale de la garde nationale parisienne.

On sait le reste... le but manqué, et la mort de quarante-deux personnes étrangères au drame politique.

***

Folie ? Certes ! seul, cet argument peut être retenu, et cependant on s'inquiéta peu de l'état mental de Fieschi pendant toute la durée de son procès.

Très maladroitement, au contraire, ses défenseurs essayèrent de « gagner » le public par des effets sans valeur et sans vérité :

« *A part, messieurs,* clama Me Patorni, *le sang versé et le danger couru par d'augustes têtes, et envisageant la chose philosophiquement, il y a dans la colossale folie de Fieschi quelque chose de grand, de dramatique, quelque chose qui saisit l'âme et étonne l'esprit, qui bouleverse les idées et qui fait que l'on s'écrie malgré soi :* « Non, cet homme n'était pas un homme ordinaire. Dans d'autres circonstances, il aurait fait de grandes choses. »

***

On a eu le tort, évidemment, à l'époque, de ne s'intéresser qu'à l'acte et non à l'individu.

Le Dr Lupu Blau s'est efforcé de traiter le cas de Fieschi, tel qu'il le serait de nos jours, grâce au développement de la psycho-pathologie. Il a repris, point par point, cette lamentable figure ; il a essayé, jusqu'en ses traits, d'y lire la démence. N'a-t-on pas publié un *portrait phrénologique et physiognomonique de Fieschi* dans lequel on peut lire : « *L'ensemble de cette physionomie dénote une énergie et une fermeté portée jusqu'à la férocité; un sourire d'hyène, une raillerie satanique, errent sur ses traits anguleux.* »

Et ses antécédents, y a-t-on pensé ? Un frère sourd-muet, un fils naturel mort fou et un père qui eut de nombreux démêlés avec la justice, tels sont les antécédents héréditaires et collatéraux du fameux grand homme.

Quant à lui-même, rien à noter dans l'enfance et dans l'adolescence.

Plus tard, cependant, revenu de la campagne de Russie, ses compagnons d'arme disent de lui : « Lorsqu'il y a quelque prouesse à faire ou mèche à éventer, on peut compter sur Fieschi. » Il faut signaler la belle conduite de Fieschi au cours de l'épidémie du choléra en 1832.

Opiniâtre, orgueilleux, accessible à la flatterie, intéressé et violent, il se fait remarquer par la facilité de son verbe. Poussé par son tempérament aventureux et son mépris de la vie, Fieschi désirait un grand bouleversement social au milieu duquel il pourrait développer l'énergie de son caractère et ses facultés intellectuelles dont il avait la plus haute idée.

Aucune suite dans les idées, si ce n'est celle de sa vanité. Son instabilité et son incohérence sont flagrantes.

Lorsqu'on lui apprend que sa pension de secours est supprimée, Fieschi s'écrie : « *Soit, on veut ma ruine, mais je ne souffrirai pas toujours. Avant de mourir, je ferai parler de moi.* »

Doit-on attacher de l'importance à ce propos d'un homme phraseur, ainsi que le fait Lupu Blau ? Nous ne le pensons pas.

Cependant, il n'est pas douteux que ses misères matérielles, autant que ses souffrances morales, aient été, pour une part, dans la détermination de Fieschi à l'action ; mais elles ont été des causes occasionnelles au même titre que l'influence du milieu et l'esprit du temps.

***

Avant son procès, Fieschi ne cessait de répéter : « *Non, je n'ai été poussé par personne. C'est une idée folâtre qui m'est venue toute seule. Je ne parlerai jamais pour obtenir ma grâce. Si pour sauver ma vie je dénonçais mes amis, je commettrais un crime plus grand encore. Je ne puis nommer personne ; il ne m'est dû que la mort ; faites moi juger bien vite. Vous verrez ma loyauté et si je sais tenir un serment.* »

... Quelques jours plus tard, Fieschi faisait des révélations concernant ses complices ; elles étaient toutes sincères, comme cela fut prouvé par la suite.

Cet altruisme dont nous avons vu Fieschi faire montre n'était donc que « du pseudo-altruisme, à substratum fait de vanité personnelle, uniquement ».

On voit d'ailleurs, dit Lupu Blau, *chez cet être les contrastes les plus étranges : il était à la fois ardent et dissimulé, capable de tout feindre et de tout oser, dévoué à ses bienfaiteurs, fidèle à une parole donnée et en même temps d'une immoralité profonde ; l'idée du crime lui était* « *familière parce qu'elle frappait son orgueil.* »

VARIÉTÉS *(Suite)*

Son procès lui fut l'occasion d'un étalage de fanfaronnade et de vantardise. Il dit : « *Je parle à l'univers entier. Je veux sauver ma patrie; j'en jure par le tombeau de mon père; mes complices ne sont pas dignes d'avoir un complice comme moi. Je ne suis pas un vil sicaire; je n'ai rien fait pour de l'argent; mais je suis un grand criminel, je suis le grand coupable.* »

Cet Erostrate de carrefour s'enorgueillit à l'idée que la postérité connaîtra son nom (1).

Dans quelle catégorie faut-il ranger — parmi les régicides — le cas pathologique de Fieschi ?

Le professeur Régis en distingue deux sortes : les régicides vrais, ceux qui commettent réellement leur crime ; les faux régicides qui ne font que le tenter et le manquent en général toujours, certains d'avoir ainsi attiré l'attention publique sur eux.

Lombroso et Laschi discriminent mieux les uns des autres.

1° Les régicides fous dont l'excitation au délit réside, le plus souvent, dans les hallucinations que des scrupules religieux ou un fanatisme sectaire éveillent dans l'esprit malade : tels Jacques Clément, Ravaillac, Damiens.

(1) Voy. les beaux travaux de Claude, Genil-Perrin, Lévy-Valensi, Voivenel, etc.

2° Les régicides par passion : mus par un sentiment élevé d'indépendance, l'exaspération causée par les désastres nationaux : Vera Sassoulitch, Charlotte Corday.

3° Les régicides mattoïdes : ni fous, ni délirants, se différenciant des vrais paranoïaques par l'absence du délire, l'impulsivité plus faible, apôtres de leur idée sans en avoir ni le génie ni la substance.

M. Lévy-Valensi, à qui nous devons de si profondes études de psycho-pathologie dans l'histoire, définit ainsi les mattoïdes : paranoïaques pseudo-altruistes, peu délirants, avec conviction de leur propre mérite, confiance dans leurs idées, et encore prolixité de leurs écrits, stéréotypie et enfin tendance à s'associer.

Fieschi se rattacherait donc à cette dernière définition.

En tout état de cause, ce beau travail inspiré par M. Lévy-Valensi, présidé comme thèse par M. le professeur Claude, retiendra l'attention de ceux qui pensent — et ils sont nombreux — combien sont utiles du point de vue social et médical les conclusions que l'on doit logiquement en déduire : la création d'asiles intermédiaires entre la prison et la maison d'aliénés, asiles dont sont déjà dotés des pays comme l'Angleterre, l'Ecosse, la Belgique.

Dr Molinéry (*Luchon*).

PROPOSITIONS POUR LA RÉDACTION D'UN VŒU A ÉMETTRE PAR LA " SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE " POUR LUTTER CONTRE LA SOUS-CONSOMMATION DU PAIN.

Présentées par MM. Bruère, J. Chevalier, Lenglet et R. Lecoq.

La Société de thérapeutique, qui a toujours placé la médication par les régimes au premier plan de ses préoccupations, s'inquiète des restrictions qui tendent à s'accentuer dans la consommation du pain.

Il résulte d'une étude dont elle a chargé quatre de ses membres particulièrement qualifiés, MM. P. Bruère, J. Chevalier, R. Lecoq et E. Lenglet, que les deux principales causes de cette sous-consommation sont, d'une part, la diminution de la valeur alimentaire de la *farine* et, d'autre part, un état physique du *pain* nuisible à une bonne insalivation, facteur essentiel de la digestibilité.

Les procédés modernes de mouture, dénoncés depuis de longues années, permettent en minoterie de séparer à volonté, dans l'amande du grain de blé, la partie centrale blanche et amidonneuse de la région périphérique gruauteuse, plus colorée au voisinage de l'enveloppe, mais nettement plus minéralisée et plus riche en gluten.

Ces procédés aboutissent à la production de farines dépourvues de la plus grande partie de leurs principes minéraux et albuminoïdes avec prédominance exagérée d'amidon. Il en résulte un déséquilibre, qui diminue la valeur alimentaire des farines ainsi que leur aptitude mécanique et biologique à la panification, notamment par le travail abrégé à la levure ; en effet cette méthode conduit trop souvent à l'emploi de correctifs (ou améliorants biologiques) dont l'effet se traduit par une augmentation du rendement en pain, due à une fixation supplémentaire d'eau dans la pâte et par suite dans la mie du pain frais.

Le pain qualifié de fantaisie, et même celui vendu au poids, ne sont plus pratiquement masticables de sorte qu'une hérésie alimentaire dans l'obtention des farines compliquée d'une mauvaise digestibilité du pain, entraîne un véritable gaspillage économique dont la collectivité paye les frais.

En conséquence et pour permettre au *pain* sans qualificatif de reprendre la place de premier plan qu'il occupait autrefois dans notre régime alimentaire, la Société de thérapeutique émet le vœu :

1° Qu'un *contrôle de nos blés indigènes* soit organisé par régions pour renseigner les producteurs sur la qualité des semences et les meuniers sur la valeur boulangère des farines (par des essais mécaniques, diastasiques, etc.) en vue d'écarter définitivement les blés impropres à la panification.

VARIÉTÉS *(Suite)*

2° Que la *farine panifiable* renferme, autant que possible, la totalité des principes alibiles du grain industriellement propre, et que sa composition ne soit plus soumise aux variations des arrêtés et décrets, même sous des prétextes d'ordre économique qui vont à l'encontre du but poursuivi, en diminuant sa valeur alimentaire, ce qui entraîne une sous-consommation du pain.

Il n'est pas douteux que le corps médical sera unanime à recommander dans une très large mesure le pain lorsqu'il ne proviendra plus de farines déséquilibrées par des taux d'extraction exagérément réduits.

3° Que le *travail de panification*, actuellement trop abrégé, soit repris en tenant compte des phénomènes bio-physico-chimiques qui caractérisent essentiellement la levée de la pâte et qui ne peuvent s'accomplir que dans des conditions bien déterminées de température et de temps, pour conduire à un pain *frais* sans être *humide* et *rassis* sans être *sec* ; ces conditions sont indispensables pour rendre au pain les qualités de sapidité qui invitent à le mastiquer et qui sont nécessaires à sa digestibilité.

APPROBATION (séance du 9 mai 1934).

La Société approuve les termes des vœux présentés et décide de les faire connaître à tous les groupements intéressés avec l'espoir que ces vœux, dont l'application est si justifiée dans l'intérêt de la santé de tous, seront entendus par les pouvoirs publics.

DUPONT.

LA MÉDECINE AU PALAIS

L'EXPLOITATION DES CLINIQUES-HOTELS EN SOCIÉTÉ

La Cour d'appel de Paris a rendu un arrêt qui peut présenter un intérêt général pour les médecins, en ce sens qu'il montre comment l'existence de société peut être reconnue par les tribunaux quand, pour l'exploitation d'une clinique, le médecin, sans avoir constitué à proprement parler une société, a néanmoins accompli de nombreux actes qui démontrent une intention d'exploiter en commun.

Les faits éclairent la donnée du problème.

Le 13 février 1926, le Dr Frumusan avait écrit à M. de Margerie : « J'ai chargé M. Troubert, l'un des plus réputés spécialistes de Paris en matière de sociétés, de mettre sur papier notre projet », et cette lettre était invoquée par son destinataire pour démontrer que le Dr Frumusan avait eu à cette époque la volonté formelle de

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

s'associer avec lui pour l'exploitation d'une clinique-hôtel de régime.

A la suite de cette lettre, un projet de société à responsabilité limitée avait été effectivement établi ; il prévoyait la reconstruction, l'agrandissement et la surélévation des bâtiments situés rue Pierre-Ier de Serbie, dans le but d'y aménager une maison de santé.

Le projet prévoyait que le Dr Frumusan et M. de Margerie deviendraient les gérants de la société, le premier apportant à l'association son immeuble, estimé un million, et le second le bénéfice de contrats de construction approuvés par le Dr Frumusan, apport estimé à 2 millions.

Le Dr Frumusan conservait la jouissance du rez-de-chaussée et du premier étage pour y installer sa clinique et son logement ; il devait y habiter pour surveiller constamment l'exploitation du fonds de commerce.

Il était prévu également au projet que la société à responsabilité limitée qui était propriétaire de l'immeuble surélevé et aménagé consentirait un bail à une société anonyme pour l'exploitation d'un hôtel de régime considéré comme le complément indispensable de l'entreprise médicale. Pour l'exploitation de cet hôtel, le Dr Frumusan devait assurer son concours technique et son patronage, tandis que M. de Margerie conservait la charge de la partie administrative et financière.

Le contrat que nous venons d'analyser demeura en projet et ne fut jamais signé ; mais les clauses principales de ce contrat furent en fait exécutées comme elles avaient été prévues et reçurent leur réalisation comme si le contrat de société avait été régulièrement signé et publié.

En effet, par acte notarié du 21 juin 1926, qui était qualifié « bail », le Dr Frumusan louait pour vingt-cinq années consécutives son immeuble à M. de Margerie, à charge par ce dernier d'y exécuter certains travaux ; et après l'achèvement de ces travaux, comme corollaire de ce bail, un prétendu contrat de vente intervint le 2 octobre 1928, pour une période de vingt-quatre ans correspondant exactement à ce qui restait à courir sur la durée du bail.

Ces deux actes sont apparus à la Cour comme n'ayant d'autre but que de constituer et surtout de dissimuler aux yeux du public une véritable société de fait existant entre M. de Margerie et le Dr Frumusan.

Ce dernier qui, selon ses propres expressions, tenait à se ranger au nombre des « sommités

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

médicales françaises », ne voulait pas se réclamer au grand jour d'une gérance commerciale d'hôtel avec participation aux bénéfices, pensant que cette position commerciale lui ferait perdre tout prestige auprès de ses malades, et qu'en conséquence la maison de régime qui n'avait de raison d'être et ne devait vivre que par sa propre clientèle n'obtiendrait pas le succès souhaitable.

C'est pourquoi, au lieu de réaliser la société commerciale prévue, le médecin et son associé établirent deux actes qui donnaient l'apparence de toute autre opération.

L'acte du 21 juin 1926, par lequel le Dr Frumusan avait donné l'immeuble en location à M. de Margerie pour vingt-cinq ans, était bien intitulé « bail ». Mais, en réalité, il n'avait que l'apparence d'une location : il y était en effet inscrit que M. de Margerie devrait faire à ses frais l'aménagement des locaux dont le Dr Frumusan se réservait la jouissance sa vie durant pour y installer son appartement personnel et sa clinique, clause qui ne cadre guère avec un contrat de location.

D'autre part, le prétendu contrat de travail du 2 octobre 1928, consenti au Dr Frumusan, n'avait même pas l'apparence d'un contrat de travail, puisque le prétendu employé y exerçait un droit de contrôle et qu'il devait diriger l'hôtel au point de vue scientifique et médical en toute liberté, qu'il n'avait donc pas à se soumettre à une subordination à l'égard de son patron supposé, de telle sorte que ç'aurait été l'employé qui eût été le patron de son patron.

Au surplus, les futurs associés avaient adressé des prospectus, des circulaires et des notes de publicité soumises à l'agrément du médecin. Celui-ci recevait un pourcentage des bénéfices nets de la maison de régime dans laquelle il s'installait et agissait comme un véritable associé.

Le rôle d'employé accepté sur le papier par le Dr Frumusan cadrait mal avec l'exploitation de l'hôtel. C'est ainsi qu'on peut relever qu'ayant reçu la réclamation d'un client, il l'avait transmise à M. de Margerie avec cette note qui ne s'accommode guère de la dépendance d'un salarié : « A communiquer au directeur et à me retourner ensuite ».

La situation du médecin agissant sur un pied d'égalité avec son pseudo-patron était confirmée par une série de faits.

(A suivre.)

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1934.

Rapport. — M. CARNOT donne à nouveau lecture de son rapport sur le *contrôle médical de l'éducation physique et des sports*, ainsi que des vœux qui l'accompagnent. (Voir séance du 16 octobre 1934.)

Ces vœux sont votés par l'Académie.

Traitement de la lèpre. — M. PERROT fait une mise au point de nos connaissances sur le traitement de la lèpre par les huiles dites « de chaulmoogra », et fait connaître que leur inscription à la nouvelle pharmacopée française a été décidée. Le Cambodge d'une part, et, de l'autre, nos possessions de l'Inde (Pondichéry), pourront fournir les quantités nécessaires aux médecins spécialistes de la métropole et des colonies, soit sous la forme d'huile neutre ou de ses dérivés, savon et éthers éthyliques.

La théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque. — M. E. GERAUDEL. — L'étude des tracés électrocardiographiques a conduit l'auteur à proposer une explication nouvelle du mécanisme cardiaque. Le centre d'excitation du myocarde est le vestibule sinusal, région particulière de l'oreillette droite connectée avec les oreillettes proprement dites et avec les ventricules par deux formations spécifiques : le nœud de Keith et Flack ou atrionecteur, et le faisceau de His ou ventriculonecteur. A chaque formation correspond une artère terminale. Les cardionecteurs se comportent comme des seuils laissant ou non passer l'excitant vestibulaire dans la poche cardiaque correspondante.

Sur le cœur normal, le vestibule fonctionne comme un tout. Par suite de la différence de hauteur des seuils, l'excitant vestibulaire franchit l'atrio puis le ventriculonecteur. Le mécanisme joue régulièrement.

Mais quand le myocarde est altéré, tantôt le vestibule se morcelle, tantôt la hauteur des seuils change. Au morcellement du vestibule correspondent les tracés de dissociation ventriculaire et de rythme nodal et des tracés plus rares mais d'une grande importance pour l'hypothèse soutenue par l'auteur. A l'abaissement des seuils correspondent les extrasystoles si l'abaissement est passager, les tachyrythmies s'il est prolongé. A l'abaissement inégal des différentes parties d'un même seuil correspond la fibrillation soit auriculaire, soit ventriculaire.

Les tracés nous renseignent directement sur l'état du vestibule et des cardionecteurs. Indirectement ils permettent de suspecter la valeur fonctionnelle des autres régions myocardiques, muettes électrocardiographiquement.

Discussion. — M. VAQUEZ estime que la théorie classique n'est plus satisfaisante. La théorie soutenue par M. Géraudel, après dix ans d'observations, est des plus intéressante, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique.

L'utilité de la recherche du bactériophage dans les eaux. — M. DIENERT. — Dans les fèces des malades convalescents de maladies d'origine hydrique, les germes pathogènes sont toujours accompagnés de bactériophages. C'est pourquoi l'auteur préconise, dans la surveillance des eaux, la recherche systématique des bactériophages. Leur présence peut révéler la pollution des eaux par des matières organiques, et donner des indications sur l'état sanitaire d'un périmètre donné.

Essais de prémunition antituberculeuse du cobaye nouveau-né par le BCG. — M. NÈGRE. — Il y a intérêt, pour augmenter chez le cobaye l'efficacité de la prémunition, à fractionner les doses du vaccin administré par la voie buccale et la voie sous-cutanée. La résistance antituberculeuse conférée au cobaye nouveau-né par des absorptions répétées de BCG est considérablement renforcée par 10 injections sous-cutanées consécutives de $0^{mg},01$ de ce germe.

Ces résultats sont intéressants à signaler, étant donnée la très grande sensibilité de ces animaux à la tuberculose.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la VIe division (pharmacie).

MM. A. SARTORY (de Strasbourg) et FAVREL (de Nancy) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séances des 16 et 23 novembre 1934.

Les faits nouveaux sur l'hypertension paroxystique.

Les hypertensions paroxystiques. — M. DONZELOT classe les hypertensions paroxystiques en trois groupes : hypertension paroxystique greffée sur une hypertension permanente, hypertension paroxystique associée à un syndrome clinique nettement déterminé, hypertension liée à un paragangliome.

Dans le premier groupe, banal, le paroxysme se manifeste, soit par une simple modification sphygnomanométrique, tantôt par des manifestations cliniques variées : polyurie, crampes, angor, éclipses cérébrales.

Le deuxième groupe comprend le saturnisme, l'éclampsie, les hypertensions d'origine nerveuse, les hypertensions d'origine infectieuse ou toxique.

Le troisième groupe est représenté par le surrénalome hypertensif, dont l'auteur retrace le tableau anatomoclinique. Il en discute la pathogénie en montrant que, si séduisante que soit la théorie humorale, on n'a jamais retrouvé l'hyperadrénalinémie ; le rôle de certains nerfs sensibles doit être envisagé. Aussi l'auteur aboutit-il à une conception neuro-humorale.

Le sinus carotidien et les perturbations tensionnelles. — MM. HENRI BÉNARD, et FÉLIX-PIERRE MERKLEN rappellent brièvement le rôle capital que des travaux physiologiques récents ont reconnu au sinus carotidien dans le mécanisme régulateur normal de la tension artérielle : les zones réflexogènes vaso-sensibles sino-carotidiennes, dont l'action est doublée par la zone homologue cardio-aortique, exercent une action fréuatrice permanente sur la tendance hypertensive constante de l'organisme normal.

Il est évidemment tentant de faire intervenir une perturbation du fonctionnement du sinus carotidien et de la zone vaso-sensible cardio-aortique dans les perturbations pathologiques de la tension artérielle rencontrées en clinique humaine. Mais on se heurte en pratique à la difficulté d'une exploration correcte de la réflectivité du sinus chez l'homme, et la théorie sinusale de l'hypertension

artérielle se heurte à un certain nombre d'objections que les auteurs passent en revue et qui ne sont d'ailleurs pas insurmontables.

Il était intéressant du point de vue physiopathologique d'étudier le retentissement rénal des variations de tension artérielle obtenues expérimentalement par action sur le sinus carotidien, étant donnée la liaison si souvent rencontrée en clinique (et de mécanisme d'ailleurs encore si discuté), entre l'hypertension artérielle permanente et paroxystique et les altérations anatomiques ou fonctionnelles du rein. Mais les altérations rénales signalées à la suite de l'hypertension permanente réalisée chez l'animal par section des quatre nerfs frénateurs sino-carotidiens et cardio-aortiques, n'ont pas été retrouvées par tous les expérimentateurs. Tout récemment, Malmejac a signalé la réduction de la diurèse consécutive à une hypertension brusque par exclusion des sinus ; mais si les auteurs ont pu confirmer cette notion, ils n'ont pas par contre observé d'altération constante parallèle du fonctionnement rénal.

S'il est intéressant d'envisager l'action des divers médicaments préconisés dans les perturbations tensionnelles du point de vue de leur action sino-carotidienne, par contre les espoirs que l'on avait pu fonder sur une intervention portant plus directement sur le sinus ne paraissent pas avoir été confirmées.

Pathogénie de l'hypertension paroxystique. — M. MOUQUIN montre que l'hypertension paroxystique est due à un trouble brusque de l'appareil régulateur de la tension artérielle. Toutes les pièces de cet appareil régulateur peuvent être à l'origine d'une crise d'hypertension paroxystique. Mais, en pratique, les faits d'hypertension paroxystique rentrent dans un des trois cadres suivants :

Origine centrale. — Ce sont les faits où il y a augmentation du tonus hypertenseur des centres vaso-presseurs, par suite d'acidose ou d'anoxémie, ou d'une lésion telle que tumeur ou ramollissement.

Origine au niveau des nerfs craniens. — Dans ces dernières années, deux nerfs craniens ont été mis en cause : le V (à la suite de zona, dans l'observation de Trémolières et Véran) et le X (observation de Harvier et Bariéty concernant un cancer de l'œsophage à forme laryngée, — et observation de Villaret, Bloch, Bariéty et Lappar, concernant un lymphosarcome du médiastin).

Origine au niveau de la surrénale. — Ce sont les faits les plus nombreux et les plus typiques. Presque toujours il s'agit ici d'une tumeur de la médullaire surrénale, d'un surrénalome. Il est infiniment probable que ces adénomes médullaires agissent par une augmentation de l'adrénalinémie. L'aspect anatomique de la tumeur, avec sa prolifération de cellules en état d'hyperfonctionnement, l'existence de signes de sympathicotomie (sans doute dus à l'action de l'adrénaline sur le sympathique) et d'hyperfonctionnement surrénal, enfin les résultats des interventions chirurgicales sur les surrénales plaident en faveur de cette conception. Tout se passe comme si, l'adrénaline sanguine augmentant brusquement ou progressivement, le système régulateur de la tension artérielle finissait par être débordé, et laissait se produire une vaso-constriction intense, entraînant elle-même la poussée hypertensive.

Cependant, si cette hyperadrénalinémie est vraisemblable, elle n'a jamais été mise en évidence. D'autre part, il est certain que l'excitation du splanchnique intervient, et qu'à elle seule, elle peut suffire à amener la crise hypertensive. De sorte que, partisans de l'origine nerveuse et de l'origine surrénale de l'hypertension paroxystique ne seront pas départagés tant que de nouvelles recherches d'adrénaline n'auront pas donné des résultats décisifs, ou que des interventions chirurgicales portant sur le splanchnique n'auront pas permis de délimiter les parts respectives de la surrénale et du splanchnique.

Cette théorie neuro-humorale semble également la plus vraisemblable pour expliquer les faits d'hypertension paroxystique au cours d'hypertension permanente au cours du tabes, des aortites, du saturnisme et de l'éclampsie. Mais, en pareil cas, la surrénale semble jouer un rôle de deuxième plan, la première place appartenant au sympathique.

Malgré les points obscurs de cette pathogénie, et le mystère dont s'entoure celle de l'hypertension permanente, il semble bien exister des liens de parenté entre ces deux formes d'hypertension.

Hypertension paroxystique et surrénalome. — M. MARCEL LABBÉ ne pense pas que l'absence d'adrénalinémie soit un argument de valeur, car cette adrénalinémie a été exceptionnellement recherchée. Il est partisan de la théorie surrénale. Des altérations rénales peuvent se produire à la suite des crises, mais ce ne sont pas celles observées dans la néphrite chronique hypertensive.

La ponction rénale au cours des hypertensions paroxystiques. — M. DE GENNES pense que l'hypertension paroxystique réalise une véritable expérience de physiopathologie qui permet d'étudier l'influence sur la fonction rénale des variations tensionnelles et d'apporter une contribution à la pathogénie de certaines néphrites chroniques.

Toute hypertension paroxystique retentit immédiatement sur la ponction rénale et détermine de façon presque constante albuminurie, élévation de la constante, diminution de l'élimination phtaléinée et parfois élévation du chiffre de l'urée sanguine. Ces phénomènes interviennent avec l'hypertension et persistent quelque temps après elle. Par contre, on ne trouve presque jamais dans les urines de cylindres granuleux, seul signe indiquant l'atteinte anatomique du rein.

Cependant certaines de ces hypertensions, pour peu qu'elles évoluent assez longtemps, semblent entraîner de véritables néphrites chroniques. Ces faits ne sont plus vrais quand il s'agit d'hypertension permanente, qui, même très élevée, peut évoluer sans altérer la fonction rénale. Dans l'hypertension expérimentale, la fonction rénale ne semble pas directement atteinte. On a cependant retrouvé des lésions tardives du rein qui sont sujettes à revision et doivent faire l'objet de notre prochaine étude.

Symptômes rénaux des hypertensions paroxystiques. — MM. LAUBRY et BERNAL passent en revue les formes étiologiques de l'hypertension paroxystique et montrent la présence constante de symptômes rénaux (polyurie, albuminurie, cylindrurie et parfois hématurie). Ces symptômes disparaissent avec l'hypertension ; ils deviennent permanents, lorsqu'elle se complique d'hypertension continue. On ne peut pourtant pas expliquer par l'apparition d'une néphrite le passage de l'hypertension du

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

stade paroxystique au stade permanent, car l'autopsie ne montre jamais de sclérose rénale, mais seulement des lésions minimes secondaires aux variations tensionnelles

Il s'agit donc toujours d'insuffisance fonctionnelle du rein, même en cas d'azotémie mortelle.

Les hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse. — MM. Maurice Villaret, P. Harvier, M. Bariéty et L. Justin-Besançon rappellent que le paroxysme hypertenseur n'est que le dérèglement brutal du processus physiologique qui règle normalement l'équilibre tensionnel.

Dans tout un groupe de faits pathologiques, cette perturbation résulte de l'intensité anormale de l'excitation nerveuse qui préside tout ensemble à la vaso-constriction et à la sécrétion adrénalinique.

De ces hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse, il existe deux groupes.

Dans le premier groupe, se rangent les paroxysmes hypertenseurs, relevant à la fois de l'adrénalino-sécrétion et de la vaso-constriction. Ils sont déclenchés par des excitations nerveuses périphériques ou centrales. Les auteurs rappellent leurs observations cliniques de crises hypertensives par excitation du bout central du pneumogastrique et les faits semblables relevant de lésions du trijumeau ou d'excitations sensitives variées.

Quant à l'hypertension par excitation nerveuse centrale, leurs travaux sur les embolies cérébrales leur ont permis une analyse physiologique des faits observés en clinique.

Reste l'hypertension artérielle paroxystique de nature purement nerveuse : elle peut se manifester, non seulement par une hypertension globale, mais encore par une élévation tensionnelle dans certains territoires vasculaires à l'exclusion de certains autres, par anisergie circulatoire.

L'analyse du mécanisme en cause dans chaque cas clinique peut conduire à une thérapeutique précise qui ne se borne pas à masquer les accidents, mais qui s'efforce d'atteindre la genèse même des troubles.

Hypertension artérielle paroxystique d'origine toxique ; pathogénie de l'hypertension paroxystique. — M. Monier-Vinard rapporte l'observation d'un homme dont la tension était normalement de 16-9 qui, à la suite de l'absorption de vin de Madère, présenta une hypertension paroxystique de 27-14 au Pachon. Il rapproche ce cas des hypertensions toxiques dues aux sels d'or. Il croit qu'on peut apparenter ces faits à l'accès migraineux.

Il distingue dans les hypertensions paroxystiques groupées sous le nom de surrénalome hypertensif, le surrénalome vrai et le paragangliome. Le premier provoquerait une hypertension neuro-sécrétoire, le second une hypertension neuro-vasculaire pure avec absence de crises vasomotrices et intégrité de la tension systolique. De nouvelles observations seraient nécessaires pour vérifier cette conception.

Hypertension aiguë au cours d'une hémorragie protubérantielle. — M. de Gennes rapporte l'observation d'un lacunaire qui tomba dans le coma avec un syndrome de Millard-Gubler qui fit diagnostiquer une lésion protubérantielle; la tension, primitivement normale, était montée à 30-17. Il n'existe pas de faits cliniques comparables, mais des expériences de Tournade ont montré l'existence de centres vaso-presseurs bulbaires et surtout protubérantiels.

Rôle de la circulation de retour dans l'hypertension paroxystique. — MM. Laubry et Tzanck montrent le rôle de la circulation de retour. Un débordement brusque de cette circulation peut provoquer une hypertension paroxystique. Il existe de ce fait une véritable asystolie antérograde qui peut s'opposer à l'asystolie rétrograde par barrage périphérique. La saignée, très utile dans le premier cas, est inefficace dans le second. La première variété d'hypertension, qu'on peut, dans quelques observations privilégiées, opposer trait pour trait à la seconde, est caractérisée par le facies congestif, l'intensité de la dyspnée, la tendance à la congestion pulmonaire, la dilatation des cavités droites et du foie. La tension veineuse profonde, que mesure la pression du liquide céphalo-rachidien, est ici particulièrement élevée.

Hypertension et lésions rénales. — M. Rathery croit qu'on méconnaît le rôle des lésions rénales. Il peut y avoir lésion rénale sans troubles de la constante ni d'azotémie. Des expériences récentes ont montré l'absence de lésion rénale malgré une hypertension prolongée. On a d'autre part provoqué des hypertensions d'origine rénale. L'absence de lésions cellulaires chez les hypertendus n'a pas de valeur quand il s'agit de reins d'autopsie. S'il existe indiscutablement des hypertensions non rénales, il existe aussi des hypertensions permanentes d'origine rénale.

Le mécanisme régulateur de la circulation de retour. — M. Justin-Besançon montre qu'il existe un contrôle de la circulation de retour comparable au contrôle de la circulation artérielle par les nerfs de Hering. Si l'on sectionne les origines du pneumogastrique au niveau de la veine cave supérieure, l'injection de sérum provoque une hypertension veineuse puis artérielle considérable. L'auteur a pu enregistrer simultanément pression artérielle, pression sus-hépatique et pression porte. L'injection de quantités importantes de sérum provoque une hypertension portale considérable et isolée.

Ce mécanisme n'existe que chez certains animaux comme le chien et non pas chez le lapin. L'homme semble se comporter comme le chien.

***

Fièvre typhoïde suivie de deux récidives, la dernière suivie d'une rechute. — M. Théodore Dimitresco (Bucarest) relate une observation de fièvre typhoïde dans laquelle deux récidives surviennent, la première quarante-deux jours après la première infection, la seconde vingt-six jours après la première récidive. La deuxième récidive a été suivie après six jours d'une rechute. Il s'est agi vraisemblablement de la même infection et les deux récidives peuvent être considérés comme des rechutes à intervalles pluslongs que normalement. La séro-réaction ne fut positive qu'après la troisième reprise de la maladie.

Jean Lereboullet.

REVUE DES CONGRÈS

XVI[e] RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 12 octobre 1934 (1)

PREMIÈRE QUESTION.

Traitement chirurgical du thorax en entonnoir.

Rapporteur : M. Charles GARNIER (Paris).

Résumé du rapport. — A part quelques publications plus anciennes (un article de la *Gaz. des hôp.*, 1860, un travail de Ebstein, 1882), il faut arriver à la thèse de Clément (1905) pour trouver une étude d'ensemble sur cette malformation. Clément conclut à sa bénignité. Cette affirmation erronée conduit à une abstention thérapeutique fâcheuse.

Cependant, la thérapeutique chirurgicale, sous forme de chondrectomie mobilisatrice, est effectuée dès 1911 par L. Meyer, en 1913 par Sauerbruch, et Lexer en 1927.

A ces chondrectomies décompressives insuffisantes succèdent les opérations ostéoplastiques.

Le professeur Ombrédanne depuis 1925, le rapporteur depuis 1930, à la clinique chirurgicale infantile, pratiquent ces opérations. En juillet 1931, le professeur Ombrédanne rapporte à la Société nationale de chirurgie les quatre premiers résultats. Le total des interventions pratiquées dans le service se monte actuellement à neuf.

Avec des techniques plus ou moins modifiées, ces opérations ont été pratiquées par A. Martin (1 obs.), A. Perrot (2 obs.), Rocher (1 obs.), Sauerbruch (1 obs.), P. Mathieu (3 obs.), J. Alexandre (2 obs.).

L'étude de la thérapeutique chirurgicale du thorax en entonnoir repose sur ces 22 observations.

Indications opératoires. — Elles sont à envisager au point de vue fonctionnel et morphologique.

A. *Thorax en entonnoir s'accompagnant de troubles fonctionnels et généraux.* — 1° *Troubles d'origine pulmonaire.* — C'est une dyspnée plus ou moins intense, liée à la limitation de l'extension thoracique.

2° *Troubles cardiaques*, beaucoup plus redoutables, dus à un déplacement du cœur vers la gauche et à sa compression. Les autopsies, l'examen clinique et radiographique montrent ce déplacement.

Avant que ne s'établissent chez l'adolescent, l'adulte, des phénomènes d'hyposystolie (respiration rapide, saccadée, tachycardie, irrégularité du pouls), on voit dès l'enfance des signes d'alarme que décrit le rapporteur.

3° *Troubles généraux.* — La croissance est retardée, la débilitation peut aller jusqu'à la cachexie.

Cette gravité de l'état général peut constituer une contre-indication à l'acte opératoire. Les troubles cardiaques et pulmonaires constituent au contraire une indication formelle, car ils ne peuvent que s'accroître chez ces « gibbeux du sternum » (Ombrédanne). Cette déficience pulmonaire prédispose à la tuberculose pulmonaire, et devient un grand danger en cas d'épanchement pleural, de fracture de côte, etc. La présence d'une malformation cardiaque associée ne constitue pas une contre-indication à intervenir.

(1) Association de la Presse médicale française.

La *forme anatomique* de la déformation est à considérer : les enfoncements asymétriques, latéralisés à gauche, constituent une compression cardiaque plus marquée. Il y a intérêt à opérer dès l'enfance avant les troubles fonctionnels graves, et aussi parce que la technique est plus facile sur un thorax souple, l'appareillage mieux toléré. D'autre part, il ne faut pas opérer avant cinq ans. L'âge optimum semble être sept à douze ans. Chez l'adulte l'opération présente son maximum d'aléa et, chez lui il convient d'opérer en deux temps.

B. *Thorax en entonnoir ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels.* — Chez l'enfant, on se contente d'une gymnastique orthopédique spéciale ; mais le plus souvent elle n'empêche pas la progression de l'affection. Dès l'apparition des signes fonctionnels, on interviendra. En leur absence chez l'adolescent, l'adulte, une intervention esthétique sera discutable dans l'avenir.

Traitement chirurgical. — 1° EXPOSÉ DES MÉTHODES. — Elles ont toutes un but unique : supprimer la saillie sterno-chondrale intrathoracique. On peut recourir, soit à sa résection, laissant une brèche osseuse importante, soit à la mobilisation d'un volet qui ménage la restauration de la paroi. Cette opération peut être faite en un temps ou en deux temps.

2° TECHNIQUE. — A. *Opérations purement décompressives.* — Ce sont des résections sterno-costales plus ou moins étendues. Un lambeau cutané est tracé et relevé. Au niveau de l'entonnoir rigide, les cartilages costaux sont sectionnés, le sternum est réséqué sur une étendue variable. La réparation de la brèche, au moyen des plans musculaires, est pénible et souvent insuffisante.

B. *Opérations plastiques avec reconstitution de la paroi thoracique en un seul temps.* — I. *Technique d'Ombrédanne et Ch. Garnier.* — Un corset bivalve est préparé à l'avance. La valve antérieure est largement fenêtrée au niveau de l'entonnoir. Le malade est opéré dans la valve postérieure.

Une incision curviligne permet la libération d'un large lambeau. Sur 4 cartilages costaux (3[e], 4[e], 5[e], 6[e]), à droite et à gauche, on pratique une section cunéiforme à base antérieure. Le sternum est ensuite sectionné en T, d'abord verticalement, de haut en bas, sur la ligne médiane. La section est amorcée par une trépanation à la fraise et continuée par une ligne de trous de trépanation réunis ensuite à la pince-gouge. La section transversale supérieure est exécutée de même manière.

L'écartement des tranches osseuses sternales peut être exécuté d'emblée et maintenu par des greffons osseux. Mais il est préférable de pratiquer le relèvement progressif par un dispositif de traction. A cet effet, des fils métalliques sont passés sous le sternum et sous les cartilages. Le corset étant refermé, on fixe au-devant de la fenêtre de la valve antérieure un dispositif métallique. Une traction peut ainsi être exercée sur les fils et les volets osseux. Malheureusement, assez rapidement, le tissu osseux est sectionné par les fils et la correction ne subsiste pas en entier.

Les soins post-opératoires doivent être minutieux si on veut éviter les escarres.

Cette technique a été employée par M. Ombrédanne 6 fois depuis 1930 et 1 fois par Garnier.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Alexander, à la même époque que le professeur Ombrédanne, a appliqué une technique analogue dans 2 cas de thorax en entonnoir traumatique. Le professeur Rocher a opéré un enfant de douze ans en 1931, mais les fils ayant coupé presque aussitôt après l'opération, le résultat fut à peu près nul.

II. *Techniques réalisant le relèvement progressif de l'entonnoir.* — SAUERBRUCH et NIESSENI, en 1931, pratiquent la section parasternale des cartilages costaux des deux côtés, puis passent un fil de traction sous le sternum. Ils sont obligés de le remplacer par deux bandes de toile. Une traction est exercée avec des poids. Bon résultat.

Le professeur MATHIEU, en 1933, pratique la section de presque tous les cartilages costaux d'un côté ; vissage de deux boulons dans le sternum sur lesquels on exerce la traction. Le supérieur se détache au bout de quelques jours.

Avec quelques modifications, cette opération a été répétée deux autres fois de manière satisfaisante.

Technique du service du professeur Ombrédanne (2e manière). L'opération a lieu en deux temps séparés par six ou sept jours.

Dans le premier temps, on pratique une charnière sternale en évidant l'os à la fraise de Doyen et à la gouge au niveau de sa condure. Puis une chondrectomie gauche est pratiquée (du 3e au 8e cartilage).

Dans le deuxième temps, on fait la chondrectomie droite et l'on met en place le dispositif de traction.

Dans un cas on a employé de grosses soies; dans le dernier, il a consisté en une pince spéciale démontable qui enserre les bords du sternum. Le corset refermé, c'est sur cette pince que s'exerce la traction caoutchoutée. Le sternum s'élève peu à peu, et la pince, qui a été très bien supportée, a été enlevée le quarante-cinquième jour seulement.

Valeur comparée et choix des différentes techniques. Incidents opératoires. — Sur 7 sternotomies, l'ouverture de la plèvre est survenue 4 fois. Lexer, Alexander, Rocher, Perrot, l'ont également observée. Le pneumothorax unilatéral n'a pas eu de conséquences sérieuses. Deux fois il a été suivi d'un épanchement pleural.

ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES. — Les résections sterno-chondrales et le relèvement en un temps exposent au shock *opératoire*. Mais les accidents les plus redoutables sont dus aux troubles cardiaques. On peut observer la mort brusque alors que le malade essaye de s'asseoir dans son lit. Le rapporteur pense que cela est dû à la torsion du pédicule cardiaque. On peut aussi observer des phénomènes d'hyposystolie par rupture d'équilibre médiastinal.

Tous ces accidents sont évités dans les cas de libération progressive du sternum.

En effet, si dans le premier type d'opérations la mortalité a été élevée (4 morts pour 16 interventions), elle a été nulle dans les 4 opérations du deuxième type.

RÉSULTATS DES INTERVENTIONS. — *Résultats fonctionnels.* — La disparition des troubles a toujours été obtenue lorsque la traction a pu être menée à bien assez longtemps : disparition rapide et durable des troubles cardiaques et pulmonaires, retentissement très favorable sur le développement corporel de l'enfant.

Les *résultats morphologiques* sont presque toujours incomplets. La correction est particulièrement difficile dans les formes d'entonnoir latéral. Elle est aussi améliorée si l'on fait suivre le traitement chirurgical d'un traitement orthopédique : port d'un corset et hyperextension, gymnastique respiratoire active, en l'espèce spirométrie.

CHOIX DES MÉTHODES. — A la résection sterno-chondrale étendue, et aux ostéoplasties avec correction immédiate de la déformation, le rapporteur oppose les techniques de relèvement progressif. C'est à elles qu'il donne la préférence à cause de leur innocuité.

Conclusions. — Il conclut à la légimité de ces opérations dans le cas de thorax en entonnoir compliqué de troubles cardiaques et pulmonaires. Il se demande si dans l'avenir il ne sera pas indiqué de l'appliquer aux cas non compliqués dans un but purement esthétique.

Discussion.

M. FRŒLICH puis M. RŒDERER insistent sur le traitement orthopédique qu'il ne faut pas, disent-ils, mésestimer.

M. MATHIEU, d'après trois observations personnelles, insiste sur la nécessité de la section du sternum, sur l'importance des douleurs post-opératoires immédiates.

M. PERROT (Genève) rapporte deux cas personnels, dont l'un, remarquable par l'intensité des troubles fonctionnels, qui nécessitaient un traitement actif. Dans l'un, chez un enfant, il a pu obtenir un beau résultat esthétique.

M. ZAHRADNICEK (Prague) a pu, par l'extension directe progressive, corriger un thorax d'adolescent ; mais il reconnaît l'insuffisance de cette méthode chez l'adulte.

DEUXIÈME QUESTION.

Le traitement des paralysies spasmodiques.

Rapporteurs : MM. J. DELCHEF (Bruxelles) et G. ROUDIL (Marseille).

Résumé du rapport. — Ce rapport, rédigé sans aucun parti pris d'école, appuyé sur une enquête ayant donné l'opinion de 90 orthopédistes du monde entier, constitue une mise au point extrêmement étudiée et objective du traitement des paralysies spasmodiques à l'heure actuelle.

Le premier chapitre constitue un *Rappel d'anatomie et physiologie pathologique*. Il oppose les malades atteints de paralysie flasque, par atteinte du neurone périphérique, qui sont les « amoteurs », aux paralytiques par lésions centrales, qui sont des « dysmoteurs ». Suit une description rapide de la voie pyramidale principale présidant aux mouvements volontaires, de la voie motrice secondaire qui assure leur coordination, de la voie extrapyramidale réunissant le système pallido-strié à la moelle épinière, assurant la régulation des mouvements automatiques et du tonus musculaire. Ceci montre déjà la variété possible des manifestations cliniques, selon la localisation des lésions. Il faut y ajouter l'association malheureusement fréquente des troubles intellectuels. Il montre aussi l'impossibilité d'un traitement causal.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Le rapport étudie ensuite en détail la physiologie du tonus musculaire et ses diverses composantes : tonus résiduel, d'altitude, de soutien. Il montre l'action des excitateurs périphériques, parvenant à la moelle par les racines postérieures, par le tonus. Mais, d'autre part, le tonus est manifestement influencé par le cervelet, le système labyrinthique et vestibulaire et le noyau rouge.

A côté de cette régulation cérébro-spinale du tonus, faut-il admettre un rôle du sympathique ? Les rapporteurs exposent les arguments physiologiques, anatomiques, cliniques qui plaident en ce sens. Ils concluent que, d'après les travaux récents, l'innervation du muscle squelettique par le grand sympathique paraît plus que douteuse. L'action des ramisections serait due à des phénomènes vaso-moteurs et peut-être humoraux.

De cet exposé résulte que chez le spasmodique ne peut exister aucun traitement causal.

La rééducation, en développant les suppléances, calmant les centres tonigènes dont l'inhibition a disparu, constitue un adjuvant important.

Les autres moyens thérapeutiques ne constituent que des palliatifs plus ou moins puissants des troubles observés.

Divers modes de traitement des paralysies spasmodiques. — Traitement préventif. — Se réduit à deux prescriptions : traiter l'hérédo-syphilis de la mère si elle existe; éviter les traumatismes obstétricaux.

Traitement de l'affection constituée. — A. *Traitement non sanglant.* — Le *traitement antisyphilitique* doit être fait régulièrement, car il y a des cas de guérison d'hémiplégie cérébrale infantile. De manière générale, on instituera un *traitement antispasmodique* médicamenteux, opothérapique, climatique.

Le *traitement rééducatif* a une grosse importance et, pour les rapporteurs, ne saurait être entrepris efficacement en dehors d'instituts spéciaux, bien outillés et entre les mains de médecins expérimentés.

Ils indiquent d'après L. Michel les étapes de ce traitement par la gymnastique, le massage la physiothérapie. Mais deux conditions sont indispensables pour obtenir un résultat : une intelligence suffisante chez le malade, un personnel instruit.

La part qui revient à la rééducation dans le traitement est très discutée ; les uns en faisant la base, les autres la considérant comme un complément des interventions.

Traitement orthopédique pur. — Il consiste, au moyen d'appareils amovibles ou inamovibles, à prévenir les contractures, les déformations osseuses. Son utilité est incontestable, mais, sauf les cas très légers, il ne constitue que le moyen de gagner du temps.

Comme correction des rétractions et déformations, il faut abandonner les méthodes brutales, les redressements forcés. Le redressement lent, progressif, par appareils amovibles, est très employé. C'est une méthode ancienne qui a un regain d'actualité sous le nom de « Quengel méthode ».

Traitements sanglants. — *Interventions sur les muscles et les tendons.* — 1° *Ténotomies.* — C'est une vieille pratique qui peut avoir le danger de créer soit une hypo, soit une hypercorrection.

Sous la forme d'allongement, de ténoplastie, elle ne présente pas le même inconvénient.

Quel que soit le siège de la ténotomie, elle n'a d'action que sur le muscle rétracté ; sur une simple contracture l'action est nulle ou passagère.

2° *Ténoplasties.* — Elles ne présentent pas les inconvénients de la ténotomie. Les rapporteurs montrent les méthodes les plus avantageuses, selon les divers groupes musculaires à allonger.

3° *Myotomie et résections musculaires.* — Elles font courir le risque d'une cicatrice rétractile. On les rejettera, sauf la désinsertion du rond et carré pronateur, qui donnent de bons résultats.

4° *Abaissement par ostéotomie des points d'insertion de certains muscles.* — Tels sont l'abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure, celle de l'épitrochlée. De même, les interventions proposées par Silfverskiold : transformation des muscles bi-articulaires en mono-articulaires, transposition fémorale de l'insertion du droit antérieur ou des muscles ischiatiques.

5° *Raccourcissements tendineux.* — Ils sont d'un emploi limité.

Opérations de répartition de la force musculaire. Transplantations tendineuses. — Abandonnées au membre inférieur, elles sont utiles au membre supérieur. Elles portent surtout sur le grand et petit palmaire, cubital antérieur, rond pronateur, long abducteur du pouce, fléchisseurs des doigts. Elles se font soit par voie sous-cutanée, soit par l'espace interosseux.

De toute manière, la transplantation du tendon doit être faite transosseuse.

Opérations sur le squelette. — 1° *Sur les os.* — Ostéotomies destinées à modifier la direction de l'axe du membre. Elles ont été rarement utilisées pour lutter contre l'adduction-flexion de la hanche, la flexion du genou. Plus souvent ce sont des ostéotomies de détorsion pratiquées à l'humérus contre la rotation interne et la pronation forcée, sur le fémur contre la rotation interne de la cuisse, et à la jambe contre celle du pied.

2° *Sur les articulations.* — Les *arthrodèses* ont été utilisées au poignet, au pied, pour lutter contre les attitudes vicieuses. Au poignet elles se combinent avec les transplantations tendineuses. Leur emploi ne peut être envisagé que sur les enfants âgés. Les *arthrodèses* ont été pratiquées aussi au poignet et au cou-de-pied (équinisme, talus).

Interventions sur le système nerveux. — Le but des précédentes opérations était de supprimer les effets de la rétraction musculaire; celles sur le système nerveux visent à la prévenir en agissant sur l'hypertonie.

Opérations sur le système spinal. — *Action sur les excitations centripètes.* — 1° *Radicotomies postérieures.* — a. *Opération de Förster.* — La section d'un certain nombre de racines postérieures, espacées pour éviter l'anesthésie cutanée, supprimant une partie des excitations centripètes, diminue l'hypertonie. Mais c'est un traumatisme opératoire considérable.

b. *Opération de Van Gehuchten-Codivilla.* — Pour simplifier l'opération, au lieu de couper les racines à l'émergence du sac dural, les auteurs précédents proposent la section des racines à l'émergence de la moelle, donc à un niveau plus élevé et avec un sacrifice osseux bien moindre.

Malgré de beaux résultats obtenus par certains auteurs (Förster, Yovtchich), on reproche à ces opérations leur

gravité et les récidives possibles, à cause d'insuffisance d'étendue des sections. D'ailleurs l'opération ne convenant qu'aux Little graves avec intégrité de l'intelligence, elle est exceptionnellement indiquée.

2° *Aponévrectomies de Van Baeyer.* — Les fascias musculaires contiennent de nombreux corpuscules sensibles qui agissent sur la spasticité. C'est ainsi que l'ablation de l'aponévrose des jumeaux et du soléaire lutte contre l'équinisme.

Action sur les éléments centrifuges par affaiblissement des muscles hypertoniques.

I. OPÉRATIONS D'HYPONEUROTISATION. — *Opération de Stöffel.* — Stöffel, au début, base son opération sur la donnée de structure en câble des troncs nerveux, c'est-à-dire conservation de la systématisation du nerf depuis sa sortie de la moelle jusqu'au muscle. Cette donnée n'est plus admise. En réalité les faiseaux sont réunis dans le nerf par des anastomoses et celui-ci est un véritable plexus. L'identification des filets à l'électrode est très difficile. Stöffel lui-même en vint à la section des filets nerveux non plus dans le tronc du nerf, mais après leur sortie sous forme de filet musculaires. Mais le dosage de ces sections est délicat.

L'opération compte de nombreux partisans et est très employée (nerf obturateur au membre inférieur, nerfs des membres supérieurs).

D'autres opérations du même type, l'alcoolisation des nerfs, la congélation, le freinage des nerfs au moyen de pinces, sont peu employées.

II. *Opérations d'hyperneurotisations.* — Spitzy a préconisé la transplantation partielle des nerfs allant aux muscles hypertoniques sur les nerfs des antagonistes. La méthode n'a pas donné ce qu'on en espérait.

Cordotomies. — On a nié l'action des cordotomies sur l'hypertonie. Cependant la section des faisceaux latéraux (P. Martin, Bremer) ou ventro-latéraux (Spiegel) ont une action hypotonisante. Il en est de même de la section des vestibulo, réticulo, pecto et rubro-pinaux dans la moelle cervicale (Putnam), opération indiquée dans les cas graves de spasme de torsion.

OPÉRATIONS SUR LE SYMPATHIQUE. — Les résultats de Royle, basés sur les 600 ramisections dans les paralysies spasmodiques, sont encourageantes (72 à 75 p. 100 de résultats excellents ou bons).

Leriche et Wertheimer, qui les ont utilisées, pensent que, bien que les résultats de Royle soient très exagérés, la ramisection représente un moyen supplémentaire non négligeable dans la thérapeutique des paralysies spasmodiques. Les résultats sont d'ailleurs inconstants et souvent transitoires.

Combinaisons thérapeutiques les plus appropriées aux différents cas. — Il faut faire intervenir, pour le choix de la méthode thérapeutique, différents éléments.

1° *Le degré et l'âge de la maladie.* — Chez le jeune, on a surtout affaire à des contractures cédant le plus souvent à l'appareillage et nécessitant rarement des interventions. Plus tard, les rétractions nécessitent des interventions.

2° *Le siège du symptôme au membre inférieur ou supérieur* influe sur la thérapeutique. Le torticolis spasmodique est d'une ténacité désespérante.

3° *La présence de mouvements choréo-athétosiques* complique le traitement. Ils peuvent nécessiter des sections nerveuses très étendues.

4° Les *déficiences intellectuelles* peuvent faire abandonner le traitement. Cependant l'immobilisation plâtrée en position correcte peut améliorer le psychisme de certains malades.

Il faut donc savoir être éclectique dans le choix des méthodes et ne pas être d'avance pessimiste.

Les rapporteurs résument en un tableau les divers traitements qui peuvent être employés aux divers segments des membres supérieur et inférieur.

Ils en résument les indications dans leurs conclusions. A noter que chaque chapitre est suivi d'une abondante bibliographie.

Discussion.

M. FRŒLICH emploie les opérations tendineuses combinées au traitement orthopédique et rejette les opérations nerveuses, qui ne donnent pas, dit-il, de meilleurs résultats.

M. LANCE insiste sur deux points :

1° L'utilité de l'arthrorise postérieure qui met à l'abri des récidives de l'équinisme et permet, en enchevillant le calcaneum, d'équilibrer le pied ;

2° La nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible pour éviter l'aggravation du déficit intellectuel.

M. le professeur ROCHER insiste sur les rapports de l'amélioration fonctionnelle et de la régression du déficit intellectuel. Il est partisan de l'opération de Selig (résection intrapelvienne de l'obturateur).

M. MASSART a obtenu de bons résultats dans l'hémiplégie spasmodique par la section des muscles palmaires et cubital antérieur.

M. L. MICHEL insiste sur les différentes étapes de la rééducation orthopédique pour laquelle il a créé divers appareils.

M. FREJKA a fait des opérations nerveuses (radicotomies), dont le résultat n'est pas démonstratif.

M. TAVERNIER a fait trois ramisections sans résultat. Il a obtenu par une opération de Von Gehuchten une belle amélioration dans un cas grave et serait disposé à renouveler ses tentatives. Il est chaud partisan de l'arthrodèse du poignet dans l'hémiplégie.

M. VAN HEYLST emploie la section de l'obturateur et la section de certains faisceaux du sciatique poplité interne, après avoir reconnu leur action par excitation électrique. Plusieurs films montrent les bons résultats qu'il a dus à l'emploi de cette méthode.

M. BOPPE montre la nécessité d'une étude détaillée du malade, qui est facilitée par l'emploi du trottoir roulant. Il insiste sur l'importance de l'élément parétique, souvent méconnu.

M. KAISIN est partisan du « freinage » des nerfs, qu'il obtient par la compression au moyen d'un appareil personnel.

M. FEUTELAIS apporte une observation de coexistence de luxation congénitale et de syndrome de Little.

M. RŒDERER opère même en cas de déficit intellectuel.

M. FÈVRE apporte la statistique de la clinique chirur-

gicale infantile, où ont été combinées, le plus souvent avec succès, les ténoplasties et les sections nerveuses genre Stöffel.

M. Huc insiste sur les troubles de la sensibilité profonde, du sens des attitudes. Il montre les moyens simples de les rechercher et leur importance dans le pronostic et les indications opératoires chez les spasmodiques.

Communications diverses.

M. Frœlich parle de la *correction de l'antétorsion du fémur dans la luxation congénitale* par ostéoclasie supracondylienne.

M. Rocher rapporte *deux cas d'ostéochondrite vertébrale.* Le second fut traité par greffe rachidienne.

Le même auteur rapporte un cas d'*hyperlaxité articulaire congénitale* avec luxation congénitale double de la hanche, qui est restée parfaitement réduite.

M. Ducroquet préconise, dans le *torticolis*, la confection préopératoire d'un corset et d'un casque qu'on solidarise à la fin de l'opération, en profitant de l'anesthésie. Le même auteur, avec Dupuis, présente un appareil plâtré à chambre libre pour *dérotation de l'humérus.*

M. Calvé apporte les premiers résultats encourageants de ses recherches sur les *greffes osseuses hétéroplastiques*, au moyen de tissu spongieux d'os de veau conservé dans l'éther.

M. Mauclaire rapporte trois cas d'*ostéite kystique de Recklinghausen.*

M. Delahaye présente des résultats d'*arthrodèse fémoro-patello-tibiale* par son procédé personnel.

M. Sorrel rapporte un cas de *localisation osseuse de la maladie de Gaucher.*

Au cours de la séance administrative :

M. Rocher a été élu vice-président ;

M. Tavernier, secrétaire général pour la province ;

M. Rœderer, secrétaire général pour Paris ;

M. Richard, trésorier.

Ont été nommés membres français de la Société :

MM. Allard (Berck), Sarroste, Pouyanne, Darcissac, Macé, Guillemet, Paitre (Armée), Charlot, Rousseau (Nancy), Vial, R. Bureau (Nantes), Bazert (Limoges), Chalochet (Abbeville).

Membres étrangers :

Du Pasquier (Neuchâtel), Leemans (Bruxelles), Dupuis (Belgique), Torres Marty (Barcelone), Racausky (Zlin), Bonzon (Belgique), Sœur (Belgique), Oltramare (Genève), Van Ner (Gröningen), Akif Chakir (Istamboul), Bellanda Randone, Stoianovitch (Belgrade), Gospitch (Zagreb), Delitch (Yougoslavie), professeur Valls (Buenos-Ayres), de Arango (Rio de Janeiro).

Les prochaines Journées orthopédiques auront lieu en juin 1935, à Bordeaux.

La prochaine réunion annuelle de la Société se tiendra le premier vendredi d'octobre 1935, à Bruxelles.

Les questions mises à l'étude pour 1935 sont :

— *La maladie de Volkman* ;

— *Les mycoses osseuses* ;

Et, pour 1936 : *Le traitement des déviations rachitiques des membres.*

M. Lance et P. Bertrand.

XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1934 (1).

Pathogénie et traitement des rectites prolifèrantes et sténosantes.

Résumé du rapport de MM. J. Gatellier (de Paris) et A. Weiss (de Strasbourg).

Pour demeurer dans les limites du sujet, il importe de distinguer les rectites prolifèrantes et sténosantes des ectites banales, susceptibles certes de donner des bourgeons inflammatoires, des végétations plus ou moins manifestes, mais n'aboutissant jamais à la sténose vraie.

Les rapporteurs entendent également laisser de côté les rétrécissements de l'intestin d'origine nettement dysentérique, ainsi que les sténoses recto-coliques dites « essentielles » des auteurs américains.

Formes anatomo-cliniques des rectites prolifèrantes et sténosantes. — Longtemps l'attention des chirurgiens se fixa uniquement sur les lésions siégeant au niveau du rectum (sténoses, rectites) ou à son voisinage immédiat (abcès, fistules).

Ce n'est que tout récemment (1920) que Jersild (de Copenhague) montra que les lésions rectales et périrectales n'étaient que les manifestations strictement locales de la maladie, et que d'autres lésions existaient presque toujours à distance (esthiomène, éléphantiasis périnéal, bubons inguinaux) qu'on ne saurait logiquement isoler des précédentes.

A vrai dire, Fournier avait autrefois constaté ces lésions distales, mais c'est à Jersild que revient incontestablement le mérite d'en avoir signalé depuis toute l'importance fondamentale du triple point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

« Rectite et rétrécissement » sont bien les deux éléments essentiels de cette affection. Il n'est pas toujours aisé d'affirmer lequel de ces éléments a précédé l'autre chronologiquement. Tantôt les phénomènes inflammatoires ouvrent la scène et préparent manifestement le rétrécissement ; tantôt celui-ci se montre avant toute rectite et celle-ci paraît être la conséquence du rétrécissement ; tantôt enfin les deux facteurs évoluent de pair et cette éventualité paraît être pratiquement la plus fréquente.

Quoi qu'il en soit, les auteurs nous invitent à distinguer quatre modalités cliniques, et pour chacune d'elles, rapportent d'intéressantes observations.

1° Le rétrécissement rectal s'accompagne de rectite prolifèrante avec parfois des ulcères, des fistules, des abcès ;

2° A ces symptômes s'ajoute l'éléphantiasis des grandes lèvres, du périnée, de la région ano-rectale ;

3° La rectite prolifèrante se montre avant le stade de sténose rectale ;

(1) Association de la Presse médicale française.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

4° Le rétrécissement rectal existe avant l'apparition des lésions de rectite.

L'analyse de ces observations amène à conclure que l'affection débute parfois au niveau de la muqueuse, mais que souvent, un processus de sclérose périrectale intervient, étranglant progressivement la lumière intestinale et engendrant des lésions au niveau même de la muqueuse.

L'aboutissant habituel est un rétrécissement siégeant à 4 ou 5 centimètres de l'anus qu'accompagnent fréquemment des végétations, des fistules, des abcès, de l'éléphantiasis.

Les rectites proliférantes et sténosantes possèdent bien l'individualité nosologique que leur reconnaissent Delbet et Mouchet, mais l'intérêt de ce rapport est d'établir dans quelles mesures ces lésions rectales s'apparentent aux lésions distales observées. Les unes et les autres ne sont peut-être que le résultat d'un processus pathologique unique évoluant sur tout le système lymphatique ano-périnéo-génital.

C'est là du moins l'opinion de Jersild.

Comme dans tout problème compliqué, dont la solution est encore à trouver, les hypothèses sont multiples. La syphilis, la blennorragie, la tuberculose ont été les causes étiologiques les plus souvent proposées, et les rapporteurs font le procès de ces trois facteurs principaux.

En ce qui concerne la syphilis, ils notent la plus grande fréquence de la rectite sténosante chez la femme, constatation indubitable que n'explique guère l'égale répartition de la vérole dans les deux sexes. Ils soulignent l'inefficacité du traitement spécifique et rappellent les conclusions de Delbet et Mouchet, niant énergiquement cette origine de l'affection, affirmant même :

a. L'impossibilité de dépister la syphilis chez la plupart des malades en question ;

b. L'insuffisance du traitement classique, même bien conduit ;

c. L'absence dans les tissus pathologiques des lésions caractéristiques.

Le rôle de la blennorragie paraît encore moins certain. Sans doute, çà et là, a-t-on pu rencontrer le gonocoque dans le pus rectal de ces malades; il y avait là, du reste, une explication facile de la plus grande fréquence de l'affection chez la femme, étant donnée la possibilité d'ensemencement du rectum par un écoulement vaginal tout proche.

L'existence de la rectite blennorragique ne saurait être discutée. Mais la question qui se pose est assez difficile. Ce qu'il importe de savoir, c'est si cette rectite est susceptible d'engendrer le processus proliférant et sténosant qui, seul, fait l'objet de ce rapport. Or, de nature blennorragique, la rectite évolue en surface, jamais en profondeur comme la rectite sténosante. Quoi qu'il en soit, il convient de souligner qu'au même titre que le traitement spécifique, la thérapeutique antigonococcique se montre parfaitement inopérante.

L'influence de la tuberculose est plus difficile à préciser. Ses défenseurs s'appuient sur deux ordres de faits :

a. La coexistence fréquente d'autres foyers bacillaires ;

b. La constatation histologique des lésions locales longtemps considérées comme la signature même de la tuberculose. Les auteurs trouvent ces arguments insuffisants. Le fait, disent-ils, qu'un certain nombre de malades atteints de rectite proliférante et sténosante sont en même temps porteurs de lésions bacillaires, torpides ou évolutives, ne saurait permettre de conclure qu'il existe là une relation de cause à effet. On sait aujourd'hui que la presque totalité des individus demeure en puissance de tuberculose, et pourtant le rétrécissement inflammatoire du rectum reste une affection rare ; elle semble même totalement inconnue dans certaines régions, où justement abondent les cas de tuberculose pulmonaire. Des enquêtes minutieusement poursuivies dans de grands sanatoria n'ont pas apporté d'arguments décisifs.

Quant à la valeur des coupes histologiques, elle a cessé d'être démonstrative avec les progrès réalisés en anatomie pathologique, et il faut croire Gougerot quand il écrit : « Nous n'avons pas vu de tubercules caséeux sous la muqueuse, ni dans les ulcérations ; il n'y a donc rien de caractéristique imposant le diagnostic de tuberculose. »

La présence du bacille de Koch n'a été démontrée que deux fois dans une observation de Hudelo et dans une de Moulonguet. C'est peu, c'est trop peu pour généraliser. Quelquefois, exceptionnellement, le même bacille a été vu au sein d'un ganglion au cours d'une maladie de Hodgkin ; on ne saurait pour cela qualifier cette affection de tuberculeuse.

Autres pathogénies invoquées. — La dysenterie et la colite ulcéreuse peuvent provoquer des sténoses rectales, mais il ne s'agit pas là de sténoses inflammatoires dans le sens prévu. Ce sont plutôt des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations. Ils siègent sur le rectum, mais aussi sur le côlon ; leur aspect anatomique est différent. Dans la dysenterie, la sténose affecte une forme vulvulaire ; au-dessous d'elle, la paroi rectale garde sa souplesse. En cas de colite ulcéreuse, on peut noter après cicatrisation une sténose intestinale s'étendant parfois sur une grande hauteur ; les parois rectales sont littéralement accolées, mais il n'y a rien de commun entre ces constatations anatomiques et la périrectite dont l'importance est si considérable dans l'affection qui nous occupe.

L'actinomycose ano-rectale, bien étudiée par Thevenol, Poncet, Bensaude, engendre une périrectite qui pourrait donner le change, mais elle ne crée aucune lésion de la muqueuse qui conserve jusqu'au bout, sur le placard induré périphérique, son intégrité anatomique et sa mobilité normale.

Les nocardoses enfin ont été parfois invoquées comme cause des rectites proliférantes et sténosantes. Six cas ont publiés, dont cinq par Gougerot, l'autre par Moutier, Barbier, Deroche.

L'aspect clinique est identique. C'est une question d'interprétation. Le rectum sain est un réceptacle microbien. La flore habituelle y prospère quand l'organe se rétrécit et se fistulise. Des germes surajoutés : champignons, parasites divers, y vivent alors en saprophytes. C'est le cas de ces « nocardias » dont le rôle pathogénique dans les rectites sténosantes semble aux rapporteurs absolument négligeable.

Le point de vue actuel de la question. — Aussi bien, les données que nous venons d'exposer ont-elles perdu de leur valeur depuis une dizaine d'années.

C'est au dermatologiste français que nous sommes redevables des dernières recherches sur cette intéressante

question. Mais deux noms étrangers méritent surtout d'être cités : ceux de Jersild et de Frei.

Jersil rompt avec les théories classiques et établit à l'évidence que la sténose rectale inflammatoire est une des manifestations d'un processus infectieux susceptible de gagner la totalité du système lympho-ganglionnaire du périnée.

Frei rapproche les idées de Jersild des notions établies, par Nicolas et Favre, au sujet de cette quatrième maladie vénérienne : la poradénite inguinale, dont le virus est nettement lymphotrope.

Aux lésions qui nous intéressent, Frei applique le test biologique qu'il avait découvert en 1925 et qui s'avère spécifique de la maladie de Nicolas-Favre. Cette réaction se montre invariablement positive dans la rectite inflammatoire sténosante. Et voilà que le problème s'éclaire d'un jour nouveau en même temps que s'éteint le prestige des théories classiques.

Après la publication de son mémoire initial, Jersild avait pensé que peut-être le bacille du chancre mou était à la base du syndrome ano-recto-génital en raison de ses propriétés lymphotropes. L'intradermo-réaction au Dmelcos, spécifique de la chancrelle, se montra généralement négative, cependant que la réaction de Frei parut régulièrement positive.

D'autres tests : recherche directe du bacille de Ducrez, réaction de fixation du complément, cuti-réaction, intra-inoculation de lésions chancrelleuses, enfin, intradermo-réaction à l'aide d'une émulsion de bacilles de Ducrez tués, etc., ne devaient en rien modifier l'opinion de Jersild, qui souscrit sans réserve à la théorie de Frei.

Confirmations cliniques. — La coexistence de la poradénite inguinale et de la rectite proliférante et sténosante est notée comme relativement fréquente surtout depuis les travaux de Jersild et de Frei. Souvent la maladie de Nicolas-Favre a précédé l'éclosion de la rectite ; mais toutes les deux peuvent évoluer simultanément.

Il est infiniment probable que si l'on s'efforçait de retrouver dans certains milieux spéciaux le partenaire d'où provient la contamination, on le rencontrerait souvent porteur d'une poradénite authentique. Bensaude a publié le cas d'un pédéraste actif qui avait contracté une poradénite inguinale, avec Frei positif auprès de son partenaire, passif, porteur d'un rétrécissement rectal typique, avec Frei également positif.

Confirmations histologiques. — Nicolas et Favre ont précisé les caractères histologiques de l'affection qui porte leurs noms.

Le granulome de Nicolas-Favre possède une morphologie très personnelle. Il s'agit d'un « micro-abcès » qu'entourent des cellules épithélioïdes en « palissades » limitées elles-mêmes par une couronne lymphocytaire. Çà et là apparaissent des cellules géantes. Entre les granulomes spécifiques existe un tissu de granulations banales, bigarrées d'aspect et principalement composées de traînées lympho-plasmocytaires.

Or, ces caractères histologiques se retrouvent au niveau des rectites proliférantes et sténosantes : et Nicolas, Favre, Massiat et Lecat nous offrent à ce sujet une bien curieuse observation.

Une femme avait été traitée en 1931 pour un rétrécissement avec Frei positif. On apprit que cinq ans auparavant, soit en 1926, elle avait été soignée pour une rectite proliférante et qu'on avait à ce moment pratiqué une biopsie.

En présence des notions nouvelles, les auteurs recherchent les coupes histologiques. Ils y découvrent les lésions spécifiques du granulome de Nicolas-Favre. Par contre, un nouveau prélèvement ne permet plus de rencontrer les lésions mises en évidence cinq ans plus tôt. Cette constatation est d'un intérêt capital ; elle démontre le caractère évolutif de la maladie. Progressivement la sclérose envahit les cellules inflammatoires, étouffe les granulomes spécifiques qui disparaissent plus ou moins vite, remplacés par du tissu cicatriciel.

Ce chapitre se termine par l'exposé de deux théories, celle de Jersild et celle de Nicolas-Favre, sur le mécanisme pathogénique de l'affection.

Pour Jersild, tout se réduit à une question de « stase lymphatique ». Pour Nicolas et Favre, en plus de la stase lymphatique existe une inflammation diffuse plus ou moins active qui progresse vraisemblablement à la faveur des vaisseaux blancs. Il s'agirait au total d'une lympho-cellulite, et l'étendue des lésions dépendrait des fantaisies de la propagation microbienne dont « il est bien difficile de percer le mystère ».

Traitement. — L'exérèse chirurgicale, exception faite de quelques thérapeutiques d'ordre purement médical, semble avoir été jusqu'à maintenant le seul traitement sur lequel on ait fondé quelque espoir.

Les auteurs étudient une statistique comportant 139 cas, ressortissants bien entendu à plusieurs chirurgiens. Sauf de rarissimes exceptions, la récidive rapide ou retardée demeure la règle.

C'est en vain qu'on se réclamerait d'une amputation élargie pratiquée en muqueuse saine. L'intervention devrait supprimer les lésions nécrosantes périrectales et sous-péritonéales, enlever en un bloc la masse fibreuse diffuse ; ceci, dans la plupart des cas, reviendrait à tenter une intervention anatomiquement irréalisable. C'est qu'en effet, extirper un rétrécissement inflammatoire du rectum, voire et même une rectite proliférante en évolution, ce n'est pas simplement réséquer une muqueuse malade ou un rétrécissement muqueux et sous-muqueux, ou uniquement une rectite pariétale; c'est s'attaquer à une coulée fibreuse mal limitée, sans vouloir tenir compte des lymphangites ; c'est tailler dans des tissus sains en apparence, mais envahis en réalité ; c'est demander à la chirurgie ce qu'elle a le devoir de refuser.

Certes, les méthodes médicales ne sont que palliatives, mais elles sont appelées à disparaître le jour où le traitement spécifique entrevu dès maintenant sera réalisé. Seules, pourront alors persister des séquelles cicatricielles, éteintes, fixées, causes de rétrécissements mécaniques banaux, dont le bistouri aura facilement raison.

Discussion.

M. Jersild (de Copenhague) craint de n'avoir pas toujours été bien compris. Selon lui, l'élément essentiel n'est pas la stase lympathique comme on l'a affirmé, mais le blocage ganglionnaire par adénite suppurée; c'est ce blocage qui secondairement engendre la stase. Quand une infection microbienne se surajoute, apparaît l'éléphantiasis.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les lésions initiales ne se montrent pas forcément au niveau de la muqueuse, même en cas de sodomie passive.

L'intervention chirurgicale, dans l'état actuel de la question, n'est pas à conseiller.

L'auteur signale que le *fuadin* (néo-antimosan) en injection intramusculaire lui a donné d'heureux résultats.

M. Frei (de Berlin) étude le mécanisme de la pénétration du virus et conclut qu'il est impossible de démontrer que les lésions des rectites nécrosantes et proliférantes contiennent vraiment le virus de Nicolas-Favre.

La rectite est peut-être déterminée par une infection directe ou par une stase lymphatique seule — ou par les deux à la fois.

M. Ravaud (de Paris) montre que l'intradermo-réaction de Frei, l'hémo-réaction, la présence du virus *in situ* constatée par lui et Levaditi, ont fourni définitivement la preuve que la maladie ganglionnaire de Nicolas-Favre et la rectite sténosante et proliférante ont la même origine.

Le virus peut atteindre le rectum soit directement au cours d'un coït anal, soit par voie périphérique pelvienne, ce qui est beaucoup plus rare. Le virus peut aussi végéter au niveau du vagin sans y provoquer de lésions manifestes. Il a une affinité spéciale pour les voies lymphatiques, mais alors que la poradénolymphite évolue presque toujours à l'abri des infections secondaires, ces dernières jouent un rôle considérable dans la rectite proliférante et sténosante.

La propogation de l'affection à l'atmosphère celluleuse du petit bassin explique les mauvais résultats de l'exérèse chirurgicale.

L'auteur conseille l'établissement précoce d'un anus artificiel et le traitement par injections intraveineuses de virus chauffé et de préparations iodées.

Plus tard, en face de lésions éteintes et sclérosées, se posera peut-être la question de l'opportunité de l'ablation chirurgicale.

M. Moutier (de Paris) a observé 30 cas de rectite sténosante et proliférante. Sur 24 de ces cas il fit la réaction de Frei, qui fut positive 15 fois.

Or, dans les 9 cas où cette réaction se montra négative, il s'agissait 6 fois de tuberculose anale, 2 fois de colites recto-sigmoïdiennes, 1 fois de rectite sténosante d'un type spécial encore mal défini.

Il insiste sur le rôle considérable des infections surajoutées. Sur les 15 malades considérées plus haut, l'auteur a en effet trouvé :

7 fois la syphilis,

3 fois un chancre mou ;

4 fois une gonococcie.

Sur 4 sodomistes, il a rencontré, outre le virus de Nicolas-Favre, le tréponème, le gonocoque, le bacille de Ducrey.

L'auteur rapporte une observation qui met nettement en relief la faible durée de l'incubation, la rapidité de l'évolution et le mode de propagation.

Il conseille le traitement par le stilargol intraveineux, le fugol, la radiothérapie ; l'iodure de potassium serait spécialement indiqué dans les cas largement fistulisés.

MM. Rachet et Cachera (de Paris) ne partagent pas absolument l'opinion des rapporteurs quant à la pathogénie de la rectite sténosante et proliférante. 30 cas personnels leur ont montré :

1° Des causes diverses, avec cependant une prédominance marquée pour le virus de Nicolas-Favre ;

2° Des rectites avec Frei négatif ;

3° Des cas mixtes où peuvent intervenir plusieurs facteurs étiologiques.

Enfin, ils demeurent convaincus que la sodomie passive est le mode habituel de contamination, et que l'extension se fait de dedans en dehors pour gagner progressivement la gaine péri-rectale.

MM. Bensaude et Lambling (de Paris) ont observé et suivi 185 cas. Ils concluent que ni la blennorragie, ni le chancre mou, ni même la syphilis ne sont à la base de l'affection. Cependant la lymphogranulomatose n'explique pas la totalité des rectites sténosantes et proliférantes.

Sauf exception, l'infection part de la muqueuse et gagne de dedans en dehors les autres éléments de la paroi rectale. Le rôle de la cellulite péri-rectale, si cher aux rapporteurs, leur semble avoir été exagéré par eux.

Le traitement le meilleur est la dilatation diathermique. Sur 20 000 cas, ils n'ont observé qu'une seule perforation.

Mais la diathermie doit être accompagnée d'une désinfection locale et générale par le lugol et l'hyposulfite intraveineux et l'antimoine intramusculaire.

L'établissement d'un anus iliaque ne doit être réalisé qu'au moment où la sténose ne s'améliore plus par les procédés habituels de dilatation.

M. Savignac (de Paris) considère le rétrécissement comme la conséquence d'une rectite plus ou moins ancienne.

Il se demande si la posivité de la réaction de Frei suffit à faire le diagnostic et à rattacher, dans tous les cas, l'affection rectale à la maladie de Nicolas-Favre.

Il se déclare l'adversaire de toute exérèse chirurgicale et même de l'établissement d'un anus de dérivation.

Le traitement de son choix est la dilatation diathermique sous le contrôle du rectoscope, accompagnée de petits lavements tricolores : protargol, bleu, gonacrine.

La radiothérapie et les injections modificatrices des trajets fistuleux permettent d'arrêter l'évolution et de conserver au rectum une perméabilité suffisante.

M. Hartmann (de Paris) considère comme douteuse la possibilité d'une infection de la muqueuse rectale par un processus évoluant de dedans en dehors à la suite d'une sclérose périrectale.

Il ne croit pas, statistique en main, à la fréquence plus grande de l'affection dans le sexe féminin. Les lésions d'éléphantiasis lui paraissent exceptionnelles. C'est par la sodomie qu'on expliquerait la plupart des cas.

L'auteur ne croit pas qu'il faille renoncer à l'exérèse chirurgicale. Les récidives sont fréquentes certes, mais il a observé des guérisons de deux à six ans avec conservation d'un anus parfaitement continent.

M. Bérard (de Lyon) admet les deux modes d'infection, de dedans en dehors avec muqueuse sèche correspondant au syphilome de Fournier, et de dehors en dedans fréquent surtout chez les sodomistes.

Les ressemblances histologiques entre la tuberculose et la maladie de Nicolas-Favre méritent d'être signalées et retenues.

L'exérèse chirurgicale radicale paraît devoir être aban-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

donnée au profit de l'anus iliaque qui permet des améliorations durables et une vie tolérable.

M. Jacobovici (de Bucarest) n'abandonne pas le traitement chirurgical. Il cite l'observation de 15 malades opérés par lui depuis deux à cinq ans, et dont l'état demeure satisfaisant.

Ces résultats ne lui font pas oublier cependant l'importance de la mortalité immédiate.

M. Chiasserini (de Rome) est également partisan du traitement chirurgical. Il pratique la résection intrasphinctérienne avec abaissement, préférant ce procédé à celui de l'anus iliaque définitif.

M. Guyot (de Bordeaux) a traité une femme de quarante-huit ans par un anus artificiel qu'il referma après quatre ans. Radiothérapie après échec d'une thérapeutique médicale. Depuis cinq ans la guérison se maintient.

M. Moulonguet (de Paris) croit que le plus souvent la rectite sténosante et proliférante est conséquence de la maladie de Nicolas-Favre. Mais la tuberculose jouerait un rôle plus important que ne le croient les rapporteurs. Il cite l'histoire d'une malade qu'il a suivie depuis dix ans avec Frei positif. L'évolution ascendante jusqu'au transverse l'obligea à pratiquer successivement une amputation du rectum intrasphinctérienne, une amputation abdomino-périnéale du sigmoïde, une colectomie gauche.

Il ne croit pas à la faillite définitive de la chirurgie.

M. Chevassu (de Paris) vante les avantages de l'anus sous-angulo-colique, qu'il préconise depuis 1919, d'une continence parfaite, et moins désagréable pour le malade que l'anus iliaque classique.

MM. Hainaut (de Nancy) et Grimault (d'Algrange) ont traité 3 malades par l'anus iliaque et les ont suivies pendant plus de dix ans.

L'une d'elles avait été opérée en état d'occlusion à un stade très avancé de la rectite ; les deux autres l'avaient été en raison d'un état général excessivement mauvais, souffrant beaucoup et refusant toute nourriture.

Toutes les trois mènent une vie normale, ne souffrent plus, et l'une a pu mener à bien trois grossesses en dépit de son anus.

Dans deux cas la création de l'anus n'a pas enrayé l'évolution ascendante de l'affection ; la sclérose gagne l'anse sous-jacente et menace d'envahir la colostomie.

Chez aucune de ces malades la sodomie ne peut être soupçonnée. Chez l'une il y a tout lieu de croire à la tuberculose.

Les auteurs conseillent d'établir l'anus très loin du foyer infectieux, à la façon de Chevassu, au niveau de l'angle sous-colique gauche.

M. Dimitriu admet que la voie principale d'inoculation est la muqueuse rectale, la sténose n'étant qu'un épiphénomène à peu près fatal.

La maladie de Nicolas-Favre serait une affection d'ordre général. Sa localisation rectale apparaîtrait comme la conséquence d'une cause surajoutée : traumatismes locaux, associations microbiennes, affections vénériennes.

L'auteur demeure fidèle à la chirurgie, car aussi bien sa statistique personnelle compte des guérisons remontant à cinq ans.

M. Ababie (d'Oran) est lui aussi partisan de la chirurgie, mais à condition d'établir d'abord un anus iliaque qui permettra la désinfection des lésions rectales et périrectales. Après un long repos de douze à quinze mois, l'opération radicale pourra donner des guérisons intégrales et durables.

M. Delagenière (du Mans) rapporte l'observation d'une rectite proliférante et sténosante à évolution très lente : seize ans. Une transformation maligne limitée se produisit. Il conclut à la nécessité d'opérer au début. Il pense que les facteurs étiologiques sont multiples. Il s'agissait dans le cas rapporté d'un polyadénome en nappe.

(A suivre.) E.-A. Dariau.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

ADOVERNE ROCHE. — Glucosides cardiotoniques de l'*Adonis vernalis*. — Etalonnage physiologique. — Granules, gouttes.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

AESCULASE. — Alcoolature de marron d'Inde, extraits d'hamamélis et de capsicum.

Indications. — Tous les troubles circulatoires, puberté, ménopause, hémorroïdes.

Michelon, 20 boulevard Heurteloup, Tours (Indre-et-Loire).

ALEPSAL. — Comprimés de phényléthylmalonylurée, belladone et caféine. Supprime les crises convulsives et les équivalents. Toujours bien supporté sans changement de régime.

Indications. — Trois dosages : 10, 5 et 1cg,5 de phényléthylmalonylurée. Epilepsie : Adultes (10 et 5 centigrammes). Etats anxieux, troubles neuro-cardiaques, convulsions infantiles (1cg,5).

Genevrier, 45, rue du Marché, Neuilly-sur-Seine.

ALLONAL « ROCHE ». — Analgésique renforcé, sédatif et progressivement hypnogène. Comprimés.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

AMIPHÈNE CARRON. — Le plus puissant antiseptique intestinal, nouvel antidiarrhéique iodé. Dioxyphène iodo-sulfonate de potasse C^6H^4SKI +3 aq. Ne fatigue pas l'estomac, toxicité nulle. Antisepsie intestinale parfaite.

Carron, 69, rue de Saint-Cloud, Clamart (Seine).

AMPHO-VACCIN INTESTINAL RONCHÈSE. — A base de colibacilles, entérocoques, protéus, B. bifidus, B. pyocyaniques.

Lysat bactérien et bactéries entières. Entérites, entéro-colites, cholécystites, appendicites, syndrome entéro-rénal, auto-intoxications, etc.

Ronchèse, 6, rue Rothschild, Nice.

AMIBIASINE. — Admis à l'achat par les ministères de la Guerre et des Colonies. Désinfectant intestinal et antiparasitaire puissant, *cicatrisant.*

Indications. — Toutes parasitoses intestinales : diarrhées, entérites, fermentations intestinales, féti-

dité des selles, etc. L'*Amibiasine* se fait sous les formes: liquide, comprimés. et de recto-pansement.

Laboratoires de l'Amibiasine, 69, *rue de Wattignies, Paris.*

BIAZAN. — Solution huileuse de 2 centimètres cubes, titrée à 0gr,035 de bismuth métal par centimètre cube.

POSOLOGIE. — Deux injections intramusculaires par semaine de 2 centimètres cubes continuées jusqu'à douze injections.

Echantillons : Laboratoires des Antigénines, 1, *place Lucien-Herr, Paris (Ve). Gob.* 26-21.

BINOXOL. — Bismutho-8-oxyquinoléine, antiseptique intestinal, ni irritant, ni toxique.

INDICATIONS. — Diarrhées sous toutes formes, surtout efficace dans la diarrhée des tuberculeux et des enfants.

Etablissements Kuhlmann, 145, *boulevard Haussmann, Paris (VIIIe).*

CAPARLEM. — La thérapeutique protectrice du foie : le plus fidèle et le plus doux cholérétique et cholécystokinétique à base d'huile de Haarlem d'origine et de distillat du *Juniperus oxycedrus.*

INDICATIONS. — Cholécystites chroniques lithiasiques ou non, angiocholites, séquelles de cholécystectomies, calculs de transit ou sédentaires, colibacillocholie, etc. Formes : capsules et gouttes.

Laboratoire Lorrain, Etain (Meuse).

CATÉMÉNYL. — Hamamelis virginica, marron d'Inde, Piscidia erythrina, Viburnum prunifolium, Hydrastis canadensis.

INDICATIONS. — Toutes les affections du système veineux : varices, hémorroïdes, états variqueux.

POSOLOGIE. — De X à L gouttes par jour ou 6 pilules.

Littérature et échantillons : Dr Lalaurie, Cuxac d'Aude (Aude).

DIGESTIF HARVEY. — Régulateur de l'acidité gastrique. Traitement des dyspepsies, gastralgies, gastrites, hyperchlorhydrie, fermentations, etc.

POSOLOGIE. — 1 cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, après les repas. Prix : 10 fr. la boîte.

Laboratoire Malmanche, 101, *avenue Paul-Doumer, Rueil-Malmaison (Seine-et-Oise).*

DIIODOTYROSINE « ROCHE ». — Iode organique présentant toute l'activité de l'iode organique (solution de Lugol). Médicament biochimique synthétique de la maladie de Basedow. *Comprimés* dosés à 0gr,10. 1 à 3 comprimés par jour.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, *rue Crillon, Paris (IVe).*

DIURÈNE. — Extrait total d'Adonis vernalis, tonique cardiaque et diurétique. Adjuvant inoffensif de la digitale.

Indiqué dans tous les cas d'arythmie, asystolie, œdème.

Laboratoires Carteret, 15, *rue d'Argenteuil, Paris (Ier).*

DIUROCARDINE. — Digitale titrée et stabilisée; scille décathartiquée, théobromine isotonique, Buchu. Diurétique puissant et sûr.

INDICATIONS. — Insuffisance cardiaque, cardiopathies, arythmie, œdème, etc.

DOSE. — 1 à 3 cachets par jour selon les cas.

L: Boize et G. Alliot, 9, *avenue Jean-Jaurès, Lyon (Rhône).*

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^3Zn^3 (0,002 par dragée), de noix vomique, kola et guarana.

Formule B pour diabétiques.

H. Chatelut, pharmacien, 65, *rue Louis-Blanc, Paris.*

EPICRAL LAMBERT. — Solution iodo-arséno-mercurielle (lactate) citratée : antisyphilitique et tonique, très actif, au goût très agréable, d'emploi très commode.

INDICATIONS. — Toutes manifestations de l'hérédo-syphilis à tous les âges. Se recommande en pédiatrie.

Laboratoires G. Lambert, 6, *rue de Longchamp, Vichy (Allier).*

EUTENSYL GRÉMY. — Traitement de l'hypertension artérielle. Principes actifs extraits des organes suivants : corps thyroïde, muscle cardiaque, rein, iodotyrosine, scille, scammonée.

INDICATIONS. — Artériosclérose, hypertension artérielle, néphrite hypertensive.

Eutensyl, 14, *rue de Clichy, Paris (IXe).*

FOSFOXYL CARRON. — Phosphore colloïdal (à l'état de terpénolhypophosphite de sodium). Trois formes : Sirop, pilules, liqueur (spéciale pour diabétiques). Spécifique de la dépression nerveuse, stimulant des glandes endocrines, modificateur de la nutrition.

INDICATIONS. — Maladies du système nerveux, maladies de la nutrition, dépressions nerveuses, surmenage, neurasthénie, diabète, rachitisme, etc.

Laboratoire B. Carron, 69, *rue de Saint-Cloud, Clamart (Seine).*

HÉMOSTRA ROCHE. — (Tryptophane et Histidine : trav. Prof. Fontès). Traitement biochimique des anémies et déficiences organiques. Ampoules de 5 cc. et 2,5 cc. ; indolores.

Produits F. Hoffmann-La Roche, et Cie, 10, *rue Crillon, Paris.*

HOLOVARINE. — Poudre d'ovaire intégral.

Laboratoires Deslandre, 48, *rue de la Procession, Paris.*

INSULINE. — Insuline française injectable « Endopancrine ». Poudre d'insuline « Phylose » (usage externe).

Laboratoires Deslandre, 48, *rue de la Procession, Paris.*

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour pour les adultes.

Laboratoire Galbrun, 8 *et* 10, *rue du Petit-Musc, Paris (IVe).*

IODHEMA. — Iodo-alcoylate méthyle benzyle d'hexaméthylène tétramine, en solution aqueuse

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES *(Suite)*

(43 p. 100 d'iode assimilable). Deux formes : ampoules, flacons (deux cuillers à café par jour).

INDICATIONS. — Toutes les formes de rhumatismes chroniques.

Etablissements Gallina, 4, rue Candolle, Paris.

IODO-THYROIDINE CATILLON. — Tablettes à $0^{gr},25$. — Obésité, goitre, myxœdème.

DOSE. — 2 à 8 tablettes par jour.

3, boulevard Saint-Martin, Paris.

ISACÈNE ROCHE. — Laxatif synthétique nouveau. — Enfants, femmes enceintes, vieillards, malades, etc. — 2 à 6 comprimés et plus.

Produits F. Hoffmann-La Roche et C[ie]*, 10, rue Crillon, Paris.*

ISOTONYL BOURET (Poudre de Lausanne). — Paquets ou Discoïdes. Spécifique des digestions lentes, entérites muco-membraneuses, affections du foie et des voies biliaires.

Pharmacie Chaumel, 87, rue Lafayette, Paris.

LUSOFORME. — Formol saponiné, liquide et comprimés, savon légèrement alcalin contenant 20 p. 100 de formol et fabriqué à l'autoclave.

INDICATIONS. — Gynécologie obstétrique, hyperhydrose. Pansements d'urgence.

Laboratoires Carteret, 15, rue d'Argenteuil, Paris (I[er]*).*

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE. — A base de glycéro-phosphates alcalins ; propriétés : reconstituant rationnel par suite de sa composition qui est celle même des tissus nerveux.

INDICATIONS. — Neurasthénie, dépression et fatigue nerveuse, surmenage, anémie cérébrale, vertiges, convalescence.

Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

ŒSTROBROL «ROCHE». — Sédobrol folliculiné. Le calmant régulateur des dysovaries. Chaque tablette contient 1 gramme de NaBr et 100 unités internationales de folliculine.

Produits F. Hoffmann-La Roche et C[ie]*, 10, rue Crillon, Paris.*

OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE.— Chrysothérapie. Calcithérapie. (Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium.)

Tuberculoses. Rhumatismes. Syphilis. Dermatoses. Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant quatre ou cinq jours. Résultats inégalés par tout autre traitement chimique.

S. A. Brevets Lumière, 45, rue Villon, Lyon.

OPTRAEX FAMEL. — Nouvelle formule médicale pour le traitement des états inflammatoires des yeux et de leurs annexes.

Vaso-constricteur et régulateur circulatoire. Agit directement sur la congestion conjonctivale et par suite sur tous les troubles généraux qui en découlent.

INDICATIONS. — Dans les cas de congestion et inflammation de la conjonctive, des paupières et des voies lacrymales.

Laboratoires P. Famel, 16-22, rue des Orteaux, Paris.

PANCRÉBILE. — Pancréas, bile décholestérinée, dépigmentée, oléate de sodium, en milieu alcalin. Cholagogue, anti-infectieuse, laxatif doux. 2 dragées avant ou après les repas.

Laboratoires D[r]* Aubert, 3, place Jussieu, Paris (V*[e]*)*

PANTOPON ROCHE. — *Opium total injectable* utilisé avec succès à la place de l'opium et de toutes les préparations opiacées, de la morphine et de ses dérivés. — *Ampoules, Sirop, Comprimés.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et C[ie]*, 10, rue Crillon, Paris.*

PAROXYL. — Gouttes spécifiques contre la *coqueluche.*

POSOLOGIE. — Enfants au-dessous d'un an : X à XX gouttes, trois fois par jour.

Enfants de un à cinq ans : XX à LX gouttes, trois fois par jour.

Enfants au-dessus de cinq ans : XX à C gouttes, trois fois par jour.

Dépôt général : Thiriet et C[ie]*, 26, rue des Ponts, Nancy.*

PASSIFLORINE. — Une cuillère à café contient $0^{gr},50$ ext. fluide de Passiflora ; $0^{gr},25$ ext. mou de Salix alba ; XX gouttes alcoolé de Cratœgus oxyacantha.

ACTION. — Régularise l'influx nerveux dans le domaine du grand sympathique.

INDICATIONS. — Tous états névropathiques.

Laboratoires Reaubourg, 2, rue Boucicaut, Paris (XV[e]*).*

POLYVALINE DU D[r]** BAYLE.** — Extrait spléno-surrénal. En injections : intramusculaires ou sous-cutanées abdominales. Action très active.

INDICATIONS. — Grippe, typhoïde, pneumonie, érysipèle, fièvres éruptives, etc.

Chaix, 8-10, rue Alphonse-Bertillon, Paris (XV[e]*).*

PROGASTER. — Peroxyde de magnésium pur préparé par une méthode spéciale (procédé Hély). Désinfectant remarquable du tube digestif, détermine une sécrétion hépatique. Amélioration surprenante de l'état général.

INDICATIONS. — Etats hépatiques, troubles digestifs, arthritisme, artériosclérose, etc...

Laboratoires Novalis, à Oullins (Rhône).

PROSTHÉNASE GALBRUN. — Fer et manganèse associés en combinaison organique assimilable ; ne donne pas de constipation. Anémies diverses.

DOSES MOYENNES. — XX à L gouttes pour les adultes.

Laboratoires Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IV[e]*).*

QUINOIDINE DURIEZ. — Antiseptique du sang, tonicardiaque. Grippe, paludisme, convalescences.

Duriez, 20, place des Vosges, Paris.

SÉDOBROL ROCHE. — *Extrait de bouillon végétal concentré achloruré et bromuré,* permettant un traitement bromuré intensif et dissimulé.—*Tablettes, Liquide.* Chaque tablette ou mesure = 1 gr. NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et C[ie]*, 10, rue Crillon, Paris.*

SÉDORMID ROCHE. — Le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux. — Comprimés.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES *(Suite)*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SEL HÉPATIQUE U. N. ARQUEVAUX. — Carbonate de lithine, sulfate de potasse, chlorure de sodium, sulfate et citrate et bicarbonate de sodium, sel de Seignette.

INDICATIONS. — Lithiase hépatique et rénale, arthritisme, traitement de l'artériosclérose, etc.

Laboratoires Arquevaux, Etampes (S.-et-O.).

SOLUCAMPHRE DELALANDE. — Dérivé du camphre naturel ; spartéiné ou en associations diverses (adrénaliné, caféiné, éphédriné, strychniné, etc.).

INDICATIONS. — Action sur le myocarde : en renforce les contractions et régularise le pneumogastrique.

M. Delalande, 16, rue Henri-Regnault, Courbevoie (Seine).

SOMNIFÈNE ROCHE. — Le plus maniable des hypnotiques sous forme de *gouttes* (de XX à XL gouttes, permettant de donner à chacun sa dose), et sous forme *d'ampoules* (injections intramusculaires et endoveineuses).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SPASMALGINE ROCHE. — *Antispasmodique vrai* (pantopon, papavérine, éther sulfurique d'atropine). Indiqué dans les spasmes de toute origine. — *Ampoules, Comprimés.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

STROPHANTINE CRISTALLISÉE CATILLON (Granules à 0,0001 de). — Tonique du cœur par excellence.

STROPHANTUS CATILLON (Granules de 0,0001 extrait titré de). — Tonicardiaque *diurétique*. Asystolie, dyspnée, oppression, œdèmes.

DOSE. — 2 à 4 granules par jour.

3. *boulevard Saint-Martin, Paris.*

SULFOSINE LÉO. — Traitement de la paralysie générale, syphilis nerveuse, affections du système nerveux central.

FORMES. — *a*) Dosage faible : ampoules à 1 p. 100 de soufre ; *b*) Dosage fort : à 2 p. 100.

MODE D'EMPLOI. — Injections intramusculaires.

Valentin Aage Moller, 149, rue du Palais-Gallien, Bordeaux.

SUPPOSITOIRES PYRAX. — Médication sédative et antithermique de choix dans toutes les maladies de l'enfance (action diurétique, tonique, désinfectante).

Deux dosages : bébés jusqu'à trois ans, enfants de plus de trois ans.

Chavialle, 70, Grande-Rue, Sèvres (Seine-et-Oise).

TABLETTE DE MANGAINE, à base de peroxyde de manganèse chimiquement pur.

INDICATIONS. — Etat saburral, hyperchlorhydrie, anémies par intoxication.

DOSES. — De 4 à 6 par jour.

Echantillons et littérature : Laboratoire Schmit, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

TÆNIFUGE LARIX. à base d'extrait de fougère mâle, calomel, éther, chloroforme, en cinq capsules. A conseiller aux enfants à partir de dix ans, adolescents et adultes.

Laboratoires Félix Abadie, Tarbès (Hautes-Pyrénées).

TAMPOL ROCHE AU THIGÉNOL. — *Pansement gynécologique idéal*, d'application facile sans spéculum et d'efficacité certaine, sous le contrôle du médecin traitant.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

THIGÉNOL ROCHE. — Topique soufré, inodore, ni caustique, ni toxique, kératoplastique décongestionnant et résolutif. Dermatologie et gynécologie. — *Thigénol Roche* liquide et *Ovules Roche.*

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

THIOCOL ROCHE. — Seul médicament permettant la médication gaïacolée ou créosotée à hautes doses et sans aucun inconvénient. — *Sirop Roche, Comprimés Roche, Cachets Roche.*

Produits F. Hoffmann-La Roche, et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

THYROXINE « ROCHE ». — Thyroxine synthétique d'après Harington et Barger. — Ampoules de 1 centimètre cube à 1 milligramme. Comprimés à 1 demi-milligramme. Solution dosée à 2 milligrammes par centimètre cube.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

TRISEPTINE LAMBERT. — Granulé de charbon animal uroforminé, citraté, pepto-magnésié, de goût très agréable.

INDICATIONS. — Traitement efficace de l'auto-intoxication et de l'auto-infection intestinales avec leurs innombrables conséquences. Lithiase biliaire.

Laboratoires G. Lambert, 6, rue de Longchamp, Vichy (Allier).

TUBES DULCIS. — Pommades aseptiques destinées à l'opthalmologie, en tubes stériles.

Argolène (sel d'Ag.). — Conjonctivites aiguës.

Cadmiol (sel de Zn). — Conjonctivites chroniques.

Oxyde orangé de mercure. — Blépharites et conjonctivites phlycténulaires.

Ophtalmoforme et **asepto-bismuth.** — Antiseptiques antipurulents.

Dr Ferry, place Clichy, à Monte-Carlo.

VALERINODOR MALMANCHE. — Composition : extr. sec stabilisé de valériane, extr. fluide de Passiflora incarnata, véronal sodique. Puissant sédatif du système nerveux. Prix 14 francs le flacon.

INDICATIONS. — Insomnies, palpitations, spasmes musculaires, angoisse, etc.

Laboratoire Malmanche, 101, avenue Paul-Doumer, Rueil-Malmaison (Seine-et-Oise).

VANADARSINE. — Solution d'arséniate de vanadium. Gouttes. Ampoules.

INDICATIONS. — Anorexie, anémie, chlorose, surmenage, neurasthénie, paludisme, prétuberculose, tuberculose.

POSOLOGIE. — Gouttes : X à XV gouttes avant chaque repas. Ampoules : 1 à 3 par jour.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES (*Suite*)

A. Guillaumin, Laboratoire pharmaceutique, 13, *rue du Cherche-Midi, Paris.*

VÉGANINE. — Antigrippe, antipyrétique, analgésique. La Véganine constitue un excellent agent thérapeutique à utiliser dans les maladies par refroidissement.

COMPOSITION. — Acide acétylsalicylique, phénacétine, ââ 0,25 ; phosphate de codéine, 0,01.

Laboratoires Substantia, 13, *rue Pagès, Suresnes.*

VIN DE CHASSAING. — Bi-digestif à la pepsine et à la diastase.

Contre les digestions difficiles, l'atonie stomacale, les vomissements de la grossesse.

Un ou deux verres à liqueur après les repas.

Chassaing, Le Coq et Cie, 1, *quai Aulagnier, à Asnières (Seine).*

VIOPHAN. — Acide phénylcinchoninique de synthèse française. Non toxique. Mobilisateur et éliminateur spécifique de l'acide urique. Antithermique, antiphlogistique, antinévralgique.

INDICATIONS. — Rhumatisme articulaire aigu, goutte, névralgies, sciatiques.

FORMES. — Comprimés, cachets, ampoules associées à l'iodure de Na.

Laboratoires du Viophan, 81 *et* 83, *rue de Lille, Roubaix.*

VITAMYL IRRADIÉ et VITAMYL IRRADIÉ CHLOROPHYLLÉ. — Contient les quatre vitamines A, B, C et D conservées actives. Elles sont toutes indispensables. — Solution, dragées ou ampoules buvables.

INDICATIONS. — Rachitisme, carence, pré-carence, déminéralisation, troubles de la croissance.

Amido, 4, *place des Vosges, Paris (IVe).*

YAOURTINE. — Culture sèche de ferments lactiques, sélectionnés, en dragées et granulé. Spécifique de l'auto-intoxication intestinale.

L.-J. Mounier, 18, *place de Laborde, Paris (VIIIe).*

NOUVELLES

Monument à la mémoire des membres du Service de santé de l'Armée métropolitaine et de l'Armée coloniale morts pour la Patrie. — A tous ceux, à toutes celles qui ont donné leurs soins et leur cœur.

A la mémoire des 1 600 médecins et pharmaciens tués ou morts de leurs blessures pendant la grande guerre.

A la mémoire des 150 officiers d'administration tués.

A la mémoire des 140 dentistes tués.

A la mémoire des 70 aumôniers de toutes confessions qui succombèrent dans l'accomplissement de leur ministère.

A la mémoire des infirmières tuées au chevet de nos soldats ou victimes d'épidémies.

A la mémoire des officiers et hommes de troupe du train des équipages du Service de santé.

A la mémoire des 9 000 brancardiers tombés pour le salut de leurs camarades.

Un monument de la Reconnaissance nationale doit s'élever à Lyon, berceau actuel de la médecine militaire et siège de l'Ecole du Service de santé.

Le ministre de la Guerre, les plus hautes personnalités civiles et militaires sont à la tête du Comité national chargé de mener à bien une œuvre qui soit, en tous points, digne du sublime dévouement de ceux qu'elle doit honorer.

Une telle manifestation ne demande aucun commentaire ; elle appelle d'elle-même le geste qui permettra de la réaliser.

Que tous ceux qui furent sauvés se souviennent !

Que tous ceux qui ont eu la joie de retrouver un être chéri et qui leur fut rendu par ceux qui sont morts se souviennent !

Que tous ceux qui admirent le sacrifice de ceux et de celles qui, dans toutes les guerres et les expéditions coloniales où la France s'est trouvée engagée, ont donné leur science, leurs soins, leur cœur, pansant les blessés, consolant les mourants, et qui sont morts pour la Patrie et pour l'Humanité, le reconnaissent !

Une telle dette ne sera jamais compensée, mais votre obole, même modique, au moins la consacrera ; donnez pour ceux qui ont tout donné pour vous.

Ce monument ne consacrera pas seulement les sacrifices accomplis dans le passé, il restera pour les étudiants du Service de santé l'exemple du devoir et l'exaltation des plus nobles vertus du corps médical français.

POUR LE COMITÉ RÉGIONAL DE PARIS : *Le médecin-général inspecteur, grand officier de la Légion d'Hhonneur* ROUGET.

Envoyer les souscriptions à M. Deffins, pharmacien lieutenant-colonel de réserve, 40, faubourg Poissonnière, Paris (Xe). Compte chèques postaux : Paris no 36-243.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 19 novembre 1934, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continue ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Histoire résumée de la médecine française de Laennec à* 1934.

3 *Décembre.* — Laennec.

12 *Décembre.* — L'Ecole clinique médicale.

17 *Décembre.* — L'Ecole clinique chirurgicale.

7 *Janvier.* — L'anatomie pathologique.

14 *Janvier.* — Claude Bernard.

21 *Janvier.* — Pasteur.

28 *Janvier.* — La médecine légale.

4 *Février.* — La psychiatrie.

11 *Février.* — La neurologie.

18 *Février.* — La médecine française d'entre deux guerres.

25 *Février.* — La France médicale de guerre.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. WILMOTH, agrégé, commencera son cours le mercredi 9 janvier 1935, à 17 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

NOUVELLES *(Suite)*

PROGRAMME. — *Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme.*

Cours de pharmacologie. — M. René HAZARD, agrégé, commencera ses leçons le jeudi 3 janvier 1935, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1935.

OBJET DU COURS. — Médicaments cardio-vasculaires (tonicardiaques, vasoconstricteurs, vasodilatateurs). Diurétiques. Médicaments aliments. Médicaments opothérapiques. Anthelminthiques. Antiseptiques. Antisyphilitiques.

Cours de pathologie médicale (Professeurs : M. A. Baudouin). — DEUXIÈME SÉRIE (janvier-février). — M. Etienne BERNARD, agrégé : *Maladies du poumon.*

M. BOULIN, agrégé : *Maladies du tube digestif et du péritoine.*

M. Etienne Bernard commencera ses leçons le mardi 15 janvier 1935, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

M. Boulin commencera ses leçons le mercredi 16 janvier 1935, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Clinique médicale (Saint-Antoine). — COURS. — M. le professeur F. Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT avec le concours de : M[lle] Heimann, MM. Fouquet, Gaucher et Langlois, chefs de clinique. — Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre de la clinique. — Tous les jours, visite dans les salles, à 10 heures. — Enseignement aux stagiaires : Chaque matin, à 9 h. 30, leçon élémentaire et présentation de malades. Service des laboratoires : M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; M. Ch.-O. Guillaumin, docteur en pharmacie ; M. Duchon, chef de laboratoire ; M. Delarue, ancien chef de clinique. Service radiologique : M. Tribout, chef de laboratoire. Service des agents physiques : M. H. Biancani.

Service des tuberculeux : Centre de triage et service du pneumothorax artificiel : M. Braun, assisté de M. Destouches, M[me] Frey-Ragu et M[lle] Scherrer. — Consultations et insufflations, les mercredis et samedis. — Le mardi, consultation de tuberculose, à 10 heures. — Le jeudi, à 10 h. 30 : Présentation de malades.

CONSULTATIONS SPÉCIALES. — Les consultations spéciales, avec enseignement clinique, auront lieu : les mercredis, à 10 heures : Rhumatisme et maladies de la nutrition, par M. le professeur Bezançon et M. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; le mercredi, à 10 heures : Lipiodolo-diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire, par M. Azoulay, ancien chef de clinique ; le samedi, à 10 heures : Asthme, par M. le professeur F. Bezançon, M. André Jacquelin et M. Jean Celice, médecin des hôpitaux.

Clinique urologique (Hôpital Necker, Clinique Guyon). — Professeur : M. Marion.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : Visite dans les salles ; examen des malades par M. Marion ; 10 h. 30 : Opérations par M. Fey.

Mardi, 9 h. 30 : Leçons de séméiologie et de pathologie urinaire, par MM. Fey, agrégé, Pérard et Bouchard (grand amphithéâtre) ; Examen des malades externes par M. Marion (salle Desormeaux) ; 10 h. 30 : Démonstrations de cystoscopies, d'exploration des reins, de technique opératoire endoscopique, par M. Marion (salle Desormeaux) ; 10 h. : Démonstration de radiologie, pyélographie, par M. Truchot (service de radiologie) ; 16 h. : Exercices d'urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères, sous la direction de MM. Gaume, Busson, Motz (service cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Mercredi, 9 h. 30 : Leçon de clinique par M. Marion (grand amphithéâtre) ; 10 h. 30 : Opérations par M. Marion ; 11 h. : Conférences pratiques sur l'examen des urines par MM. Chabanier ou Colombet (Laboratoire de chimie).

Clinique. — Lundi, jeudi à 9 h. 30 : au cours des visites dans les salles par M. Marion. — Mardis, mercredis, vendredis, samedis : Visite dans les salles par M. Fey, ou par MM. Pérard et Bouchard. — Mercredi à 9 h. 30 : au grand amphithéâtre, leçons par M. Marion. — Vendredi à 11 h. : Policlinique à l'amphithéâtre par M. Marion. — Tous les matins, à 9 h. 30 : Consultation externe par M. Naggiar, avec la collaboration de MM. Bail, Vincent et Barbellion, pour les hommes (salle de la Terrasse) ; de MM. M. R. Dreyfus et Gastaud, pour les femmes (salle de la consultation des femmes).

Séméiologie et pathologie. — Mardi, jeudi, à 9 h. 30 : par MM. Fey, Pérard et Bouchard.

Cystoscopie. — Mardi à 10 h. 30 : Démonstrations salle Desormeaux, par M. Marion. — Mardi, jeudi, à 16 heures : Exercices de cystoscopie, cathétérisme urétéral, service de cystoscopie, par MM. Gaume, Busson, Motz.

Jeudi, 9 h. 30 : Visite dans les salles ; Examen des malades par M. Marion ; 9 h. 30 : Leçons de séméiologie, par MM. Fey, agrégé, Pérard et Bouchard (grand amphithéâtre) ; 10 h. 30 : Opérations par M. Fey, agrégé ; 11 heures : Présentation de pièces anatomo-pathologiques et de préparations histologiques au laboratoire par M[lle] Kogan ; 16 heures : Exercice d'urétroscopie, de cystoscopie et de cathétérisme urétéral sous la direction de MM. Gaume, Busson, Motz (service de cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Vendredi, 9 h. 30 : Examen des malades externes par M. Marion (salle Desormeaux) ; 11 heures : Policlinique à l'amphithéâtre par M. Marion.

Samedi, 9 h. 30 : Leçons de technique opératoire à l'amphithéâtre par M. Marion ; 10 h. 30 : Opérations par M. Marion ; 10 heures : Démonstrations de radiologie, pyélographie par M. Truchot (service de radiologie).

Technique opératoire. — Samedi à 9 h. 30 : Leçon à l'amphithéâtre, par M. Marion.

Opérations. — Mercredi, samedi, à 10 h. 30 : par M. Marion. — Lundi, jeudi, à 10 h. 30 : par M. Fey. — Mardi, vendredi, à 10 h. 30 : par MM. Pérard et Bouchard.

Examen des urines. — Mercredi à 11 heures : laboratoire de chimie. Conférences pratiques par MM. Colombet ou Chabanier.

Anatomie pathologique. — Jeudi à 11 heures : Présentations de pièces et de préparations au laboratoire d'anatomie pathologique par M[lle] Kogan.

Radiologie. — Mercredi, samedi à 10 heures : Démons-

NOUVELLES (*Suite*)

trations de radiologie au service de radiologie par M. Truchot.

Agents physiques. — Tous les jours, à 10 h. 30 : Traitement et démonstrations par M. Mathis et Mlle Konechowski.

Cours de perfectionnement du jeudi soir (clinique d'accouchements et de Gynécologie Tarnier. Professeur : M. Brindeau). — Ce cours gratuit est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 13 décembre 1934 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — *Jeudi 13 décembre.* — M. A. Brindeau : Applications à la clinique de la réaction Zondek et Ascheim.

Jeudi 20 décembre. — M. R. Vaudescal : Traitement obstétrical de l'éclampsie puerpérale.

Jeudi 3 janvier. — M. M. Nicloux : Le passage des gaz de la mère au fœtus.

Jeudi 10 janvier : M. P. Lantuéjoul : Conduite à tenir chez les femmes enceintes atteintes de cardiopathie.

Jeudi 17 janvier. — M. M. Brouha : Considérations sur l'épreuve du travail.

Jeudi 31 janvier. — M. F. Bourdier : Des troubles oculaires dans l'intoxication gravidique.

Jeudi 7 février. — M. E. Apert : La fragilité essentielle des os.

Jeudi 14 février. — M. Manouélian : Les hémorragies ombilicales d'origine syphilitique.

Jeudi 21 février. — M. M. Metzger : Les utérus à petit col.

Jeudi 28 février. — M. H. Roger : Considérations sur les caractères sexuels secondaires.

Jeudi 7 mars. — M. H. Meige : Grossesse et accouchement dans l'Art.

Jeudi 14 mars. — M. E. Bourdelle : De la grossesse et de l'accouchement chez les singes.

Jeudi 21 mars. — M. J. Voron : Action ou expectation dans l'accouchement eutocique.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Une journée médicale internationale du raisin à Paris. — Sous la présidence de M. le professeur Labbé, de l'Académie de médecine, a eu lieu à Paris, le 6 novembre, une importante manifestation médicale internationale à laquelle avaient accordé leur patronage : M. le ministre de la Santé publique, M. le ministre de l'Agriculture, M. Barthe, président de la Commission interministérielle du raisin de table, M. Walter, président de l'Académie de médecine, M. Roussy, doyen de la Faculté de médecine, M. Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, M. Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, M. Berthelmy, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Une large discussion s'est ouverte, de très nombreux rapports ont été présentés, notamment sur le *raisin aliment*, par le professeur Zunz, de Bruxelles, le professeur Vogel, de Dresde ; sur le *raisin et l'enfant*, par le Dr Rouanet, de Moissac, le Dr Le Lorier, de Paris ; sur le *raisin et la médecine pratique*, par le Dr Legrain, le Dr Boudry, de la Bourboule, et le Dr Revilliod, de Genève. Enfin, sur *l'avenir colonial du raisin*, par le Dr Santschi, de Kairouan.

Des débats auxquels ont donné lieu les différents rapports qui ont été présentés, il faut conclure que cette Journée médicale aura rempli son but, si elle a créé un courant de sympathie en faveur de l'usage de plus en plus répandu du raisin comme aliment et comme source de traitement ; or, à ce point de vue, le résultat est certain si elle a déterminé les industriels, créateurs de firmes de dérivés analcooliques du raisin, d'une part, à donner toute satisfaction aux exigences de la science, et, d'autre part, aux besoins de la population. A ce point de vue, le Congrès a formulé de précieuses indications qui devront être ultérieurement développées dans un Congrès spécial, mi-partie médical, mi-partie industriel.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 26 *Novembre.* — M. Mathis-Jourdheuil : Connaissances actuelles sur les moustiques de la fièvre jaune. — M. Moisesco : Les kystes de l'ovaire dans les rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — M. Burstein : Pouvoir immunisant et antitoxique du sérum de cordon ombilical.

27 *Novembre.* — Mlle Dubois : Les pseudo-tuberculoses pulmonaires du nourrisson. — M. Tricault : La césarienne vaginale chez la femme enceinte de moins de quatre mois et demi. — M. Rouesse : Etude comparative du sang coagulé et des milieux de Clauberg d'Anderson. — M. Vemberg : La splénectomie chez l'enfant.

29 *Novembre.* — M. Gouzé : L'auto-ourothérapie te traitement du rhume des foins. — M. Sergent : Stridor-laryngé congénital. — M. Kaplan : Technique et valeur de la réimplantation urétérine dans la vessie.

1er *Décembre.* — M. Rudich : L'œdème aigu méningo-encéphalique. — M. Faure : La ponction sous-occipitale haute. — M. Baudard : Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale.

Thèse vétérinaire. — 28 *Novembre.* — M. Croisé : Botulisme chez l'homme et les animaux.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

1er Décembre. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur Carnot : Leçon clinique.

1er Décembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. M. le professeur Cunéo : Leçon clinique.

1er Décembre. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

1er Décembre. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

1er Décembre. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur Lenormant : Leçon clinique.

1er Décembre. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

1er DÉCEMBRE. — *Rabat* (Direction de la santé et de l'hygiène publique). Clôture d'inscriptions pour le concours du prix Lyautey et Steig.

2 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr LE LORIER : La dystocie fabriquée.

3 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (salle des commissions), 9 heures. Concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

3 DÉCEMBRE. — *Alger.* Concours de médecin suppléant d'électro-radiologie de l'hôpital d'Oran.

4 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

4 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MARCEL LABBÉ : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance. 10 h. 45 : M. le professeur LEREBOULLET : Le myxœdème infantile.

5 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

5 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers, 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale de la Pitié, 10 h. 30. M. le Pr RATHERY. Coma infectieux chez un diabètique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures, M. le professeur MARION : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAITRE : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

6 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne, 20 h. 30 (mairie du VIe arrondissement). M. GEORGIA KNAP : Le rhumatisme s'efface rapidement comme le crayon sous la gomme par la pratique du végétarisme.

6 DÉCEMBRE. —*Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe arrondissement), 20 h. 30. M. le Dr Gaston ELIET : Exposé général de la médecine naturelle.

6 DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice* (*Seine*). Asile national des convalescents. Dernier délai d'inscription des candidats au concours de l'internat de l'asile national des convalescents.

7 DÉCEMBRE. — *Nîmes.* Hôpital de Nîmes. Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Nîmes.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine ; clinique médicale, 10 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

7 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clicique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr BARIÉTY : L'amylose.

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 DÉCEMBRE. — *Montevideo.* Congrès panaméricain de tuberculose.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Concours pour le poste de médecin-chef du service de neuropsychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

10 DÉCEMBRE. — *Clermont* (*Oise*). Concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Midi à 15 heures : Consignation pour la session de réparation de février.

12 DÉCEMBRE. — *Alger.* Gouvernement générale de l'Algérie. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Menerville.

13 DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice* (*Seine*). Concours de l'internat de l'asile national des convalescents.

NOUVELLES *(Suite)*

14 Décembre. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

14 Décembre. — *Limoges.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

14 Décembre. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

15 Décembre. — *Paris.* Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

15 Décembre. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai des candidatures à des postes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Paris.

15 Décembre. — *Lyon.* Palais d'hiver. Bal annuel de l'internat.

16 Décembre. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr Devraigne : La môle hydatiforme.

17 Décembre. — *Paris.* Concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

20 Décembre. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe), 20 h. 30. M. le Dr Legrain : Le crime de la stérilisation. M. le Dr Eliet : Exposé général de la médecine naturelle.

23 Décembre. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints Pères), 10 heures. M. le Professeur Laignel-Lavastine : L'infra-clinique.

31 Décembre. — *Alger.* Clôture du concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Dernière limite d'envoi des monographies au secrétariat général d'hygiène, 17, rue Brue, à Alger.

31 Décembre. — *Genève* (Secrétariat général du Congrès des maladies et accidents du travail). Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix de mille francs suisses pour récompenser une étude sur les accidents du travail.

31 Décembre. — *Marseille.* Secrétariat de la Faculté de médecine. Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix René Lazare.

31 Décembre. — *Turin.* Académie royale de médecine. Clôture des candidatures au prix Riberi.

31 Décembre. — *Bologne.* Clôture du concours pour le prix Umbert Ier (Institut Rizzoli à Bologne, Italie).

31 Décembre. — *Bordeaux.* Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Clôture des candidatures pour les prix Pujos, Faure, Barthe, et le prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

CHRONIQUE DES LIVRES

Une nouvelle syphilis nerveuse. Ses formes cliniquement inapparentes, par Paul RAVAUT, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume de 200 pages avec 3 planches hors texte en couleurs, 45 francs (*Masson et Cie édit., à Paris*).

A côté de la syphilis nerveuse classique que nous diagnostiquons par ses signes cliniques, existent d'autres formes cachées, inapparentes cliniquement, dont la connaissance ne nous est révélée que par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Ces atteintes étaient complètement ignorées avant 1900, époque à laquelle MM. Widal et Ravaut, en créant le cyto-diagnostic, rendirent possible cette étude ; dès ce moment, M. Ravaut s'y est consacré et l'a poursuivie pendant plus de trente ans : les faits l'ont amené à une conception nouvelle de la syphilis nerveuse qu'il expose dans ce volume.

Il étudie successivement l'*historique*, les *signes biologiques* de ces syphilis nerveuses invisibles, *leurs rapports avec les lésions anatomiques* dont ils sont l'expression, *leurs formes biologiques*, *leur diagnostic*. Les trois derniers chapitres sont des plus importants par les déductions pratiques qu'ils comportent ; en effet, s'appuyant sur ses longues observations, l'auteur démontre que les signes biologiques précèdent, dans la plupart des cas, les signes cliniques ; aussi cette syphilis nerveuse inapparente commande-t-elle le *diagnostic* et le *traitement précoces*, la *prophylaxie* de la neuro-syphilis et en grande partie sa pathogénie.

Tous ces faits reposent sur des observations longtemps suivies et l'auteur n'a pas craint de les résumer sous forme de graphiques d'une rigueur presque mathématique. De plus, leur exactitude a déjà reçu de multiples confirmations tant en France qu'à l'étranger et sert maintenant de base au traitement précoce de la syphilis nerveuse par les nouvelles méthodes thérapeutiques préconisées par l'école de Wagner-Jauregg.

Présentée avec le scrupule scientifique désirable, cette œuvre n'a rien de théorique, mais elle est d'une portée essentiellement pratique, aussi s'adresse-t-elle au praticien, aussi bien neurologue que syphiligraphe.

En suivant les directives données par l'auteur, *il est permis d'espérer que les faits exposés dans ce volume contribueront à faire disparaître dans l'avenir cette redoutable localisation du virus syphilitique.*

L'actinomycose génitale de la femme par le professeur DANEL. Un volume in-8° carré de 96 pages, cartonné, 25 francs (*L'Expansion scientifique française, Paris*).

La localisation de l'actinomycose sur l'appareil génital de la femme est une affection relativement rare, puisque l'auteur n'a pu en réunir que 66 observations, éparses jusqu'ici dans la littérature médicale. Elle constitue néanmoins, tant par son histoire clinique que par l'aspect anatomo-pathologique des lésions, une entité morbide intéressante qui mérite une place à part dans la pathologie gynécologique.

L'auteur étudie successivement l'*étiologie* de l'actinomycose génitale, tant primitive que secondaire, puis les *lésions anatomo-pathologiques* qui la caractérisent. La vérification de ces lésions par le *laboratoire* permettra de préciser de plus en plus exactement les *symptômes* des différentes localisations et les *formes* anatomo-cliniques d'une affection sans doute moins exceptionnelle qu'on ne l'a pensé jusqu'ici.

Quant au *traitement*, il semble bien que l'intervention chirurgicale reste, dans l'état actuel de nos connaissances, le seul véritable traitement de fond de l'actinomycose génitale de la femme.

Ajoutons que l'auteur donne un résumé très complet des 66 observations actuellement publiées. Ce n'est pas la partie la moins intéressante de cette monographie, la première qui ait été consacrée à la localisation de l'actinomycose sur les organes génitaux de la femme.

L'insertion du placenta sur le segment inférieur, par HENRI VIGNES. Un volume (*L'Expansion scientifique française*).

Les remaniements apportés ces dernières années dans le diagnostic et le traitement du placenta prævia et les nombreuses discussions qu'il a suscitées en France et à l'étranger nécessitaient une mise au point claire, brève, permettant aux praticiens de dégager les leçons pratiques de ce volumineux et indigeste dossier.

Vignes est parvenu, en une plaquette d'une centaine de pages, à donner à tous ceux qui se trouveront un jour en face des drames de cette angoissante complication, une ligne de conduite précise, débarrassée de tout esprit d'école et de toute érudition inutile.

Deux points très importants sont mis en vedette : l'importance fondamentale de l'infection qu'on semble souvent laisser loin derrière l'hémorragie ; la nécessité de respecter le col. La tendance actuelle à intervenir plus souvent par césarienne (afin justement de respecter le col) comporte, à côté d'avantages certains, un gros risque d'infection. Dans certains cas l'hystérectomie sera donc indispensable. Tout est à lire et à relire dans cette monographie limpide qui met une question aussi capitale à la portée de tous et permet à chacun de prendre sur l'heure sa décision opportune. Tous les étudiants, tous les praticiens se féliciteront un jour d'avoir consulté ou de posséder cette plaquette de thérapeutique d'urgence.

ÉT. BERNARD.

CHRONIQUE DES LIVRES *(Suite)*

PRÉCISIONS SUR LE MÉCANISME D'ACTION ET LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA GUIPSINE

Les récents travaux de A. Winterstein et W. Harmmerle et ceux de M. Nicolini ont complété et confirmé les recherches antérieures de M. Leprince et de J. Chevalier sur la constitution chimique du gui, et il est reconnu que son action pharmacodynamique n'est due qu'à l'alcaloïde et aux deux glucosides qu'il renferme, que leur association renforce l'action thérapeutique, enfin, qu'il est nécessaire d'éliminer les résines irritantes. C'est ce que réalise la Guipsine préparée avec des plantes fraiches, contenant les glucosides intacts et dosés ; par son activité et sa constance d'action elle s'est, du reste substituée à toutes les préparations de gui.

Le travail primitif de R. Gaultier avait simplement montré que le gui était un hypotenseur remarquable par la durée de son action et sa faible toxicité ; de multiples recherches de J. Chevalier, de Fubiini et Antonin, de Busquet, de A. Jarisch et H. Ebster, enfin de Nolle, ont complètement élucidé le mécanisme d'action de ce médicament.

C'est avant tout un antispasmodique, c'est un dépresseur de l'excitabilité nerveuse d'origine centrale, s'exerçant à la fois sur les centres supérieurs et sur la moelle elle-même ; elle se répercute surtout dans la sphère du sympathique, et le tonus des muscles à fibres lisses est abaissé.

L'action la plus marquée du gui sur l'appareil circulatoire se traduit par une chute de la tension sanguine, proportionnelle à la dose employée, persistante, sans diminution de l'énergie cardiaque. On observe, au contraire, à doses thérapeutiques, une augmentation del'amplitude des systoles et un ralentissement du pouls ; il y a réellement, comme l'avait vu Huchard, une amélioration du travail du cœur. L'hypotension, d'après Busquet, est provoquée par la vaso-dilatation des vaisseaux périphériques, due à une diminution de l'excitabilité des noyaux d'origine du sympathique et des centres vasomoteurs médullaires, d'où diminution du tonus vasculaire et des spasmes périphériques.

Quelle que soit l'étiologie de l'hypertension, qu'elle soit permanente ou qu'elle soit paroxystique, la Guipsine est toujours indiquée et elle détermine toujours un abaissement de la tension et une amélioration des divers symptômes subjectifs. La céphalée, les vertiges, les crampes, ses éclipses sensorielles ou cérébrales, les palpitations cèdent rapidement.

Mattei et Diaz-Cavaroni ont administré la Guipsine en pilules à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, ou en injection intra-musculaire à la dose de 10 centigrammes, et ils ont constaté que ce médicament produisait des baisses de la pression de 3 à 5 centimètres, baisses qui se maintenaient de trois à dix jours encore après la cessation de la cure.

Tobler, dans sa thèse de Berne, obtient des résultats analogues dans les cas d'hypertension non compliquée de néphrite ou d'artériosclérose.

Koehmann rapporte également un certain nombre d'observations dans lesquelles il constate, après un traitement de huit à quinze jours, qu'il obtient un ralentissement du pouls presque constant, une amélioration de la circulation, un abaissement de la tension primitive, qui varie suivant les cas de 10 à 20 pour 100. Cet abaissement porte à la fois sur la pression maxima et sur la minima, cette dernière étant cependant un peu plus touchée. O.-K. Williamson a publié des tracés qui confirment absolument ces observations et celles antérieures de Fubini et Antonini.

En définitive, comme le constataient déjà en 1910 Lesieur et Bonhomme dans leurs thèses, avec la Guipsine, on pourrait maintenir, sans risques d'accidents, des hypertendus, même des cardiaques à une tension voisine de la normale pendant plusieurs jours, avec amélioration de la circulation générale et de l'état du cœur, avec sédation des symptômes objectifs : migraines, crampes, bourdonnements d'oreilles et troubles de la vue, oppression, sensation d'étouffement.

Ces résultats thérapeutiques sont dus à son action antispasmodique sur le système nerveux central et périphérique, sur le vaso-moteur et les muscles des vaisseaux, à son action toni-cardiaque, enfin à son action excito-sécrétoire sur le foie et le rein.

NÉCROLOGIE

SANTIAGO RAMON Y CAJAL[1] (1852-1934)

L'illustre Maître de Madrid s'est éteint le 17 octobre, dans sa quatre-vingt-troisième année, après avoir accompli une œuvre fondamentale qui ne sera jamais oubliée, si grands que puissent être les progrès de l'avenir.

Cajal, en effet, a découvert l'existence et révélé la structure des organites spéciaux qui assurent, par une voie discontinue, les communications fonctionnelles d'une cellule nerveuse à une autre ; ce sont, par conséquent, ces organites et non par un réseau continu imaginaire, formé, croyait-on, par les arborisations des cellules nerveuses, qui président à la collaboration des neurones diverst dans la complexité des actes nerveux. Là n'es d'ailleurs pas son seul mérite ; inspirée par les conceptions les plus hautes, son œuvre déborde de toutes parts autour du terrain morphologique où elle a ses racines et s'épanouit dans le domaine de la Biologie tout entière. La théorie du neurone, les lois d'économie de matière et d'espace dans la structure du système nerveux, celles de la polarité des neurones, le rôle des cellules satellites auprès des éléments nerveux, les lois de la décussation dans le chiasma optique, qui jettent un jour nouveau sur tous les entre-croisements du névraxe, les variations des neurofibrilles chez le lézard suivant son activité, en fonction de la température, voilà, parmi tant d'autres, quelques unes des découvertes de Cajal qui ont rempli le monde de sa renommée.

Les conditions matérielles et intellectuelles dans lesquelles se trouvait Cajal, au moment où son esprit s'est formé, étaient singulièrement défavorables, en apparence, mais elles n'ont fait qu'exciter ses efforts et développer l'originalité de son génie. Il partit tout jeune, comme médecin militaire, à Cuba, où il contracta les fièvres ; puis il passa quelques mois à l'Université de Madrid et prit un bref contact avec ce centre intellectuel ; enfin il rentra à Saragosse auprès de son père, chirurgien de l'hôpital, pour achever ses études de médecin et préparer ses concours, car il se destinait au professorat.

Alors, pendant plusieurs années, ce jeune homme avide de progrès s'instruisit tout seul dans un milieu encore imbu de vieille scolastique et, réduit à ses propres moyens, il s'éleva bientôt jusqu'au faîte de la science moderne.



SANTIAGO RAMON Y CAJAL.

L'anatomie générale l'attira ; il commença par se créer un petit laboratoire ; il se procura quelques livres étrangers, parmi lesquels « el admirable libro titulado Manuel technique d'Histologie escrito por Ranvier, illustre Profesor del Colegio de Francia », livre dont il dit : « inapreciable obra, qua tanto contribuyo a formar mi gusto hacia la investigacion original ». Sur ses maigres économies de Cuba il acheta un bon microscope de Vérick, un microtome de Ranvier, une tournette — le voilà au travail.

En 1884, il obtint au concours la chaire d'anatomie de Valence, en 1887 celle de Barcelone, enfin, en 1892, celle de Madrid.

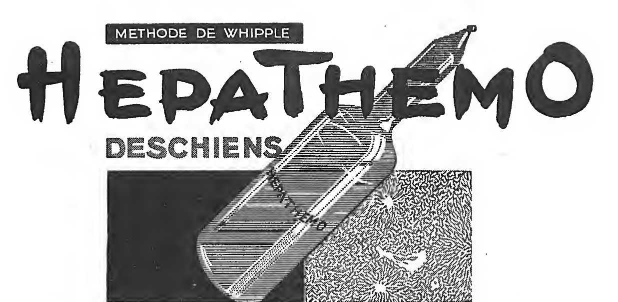
En 1887, à son arrivée à Barcelone, il avait trente-cinq ans. Sa curiosité si ardente et si prodigieusement

féconde fut alors attirée par le système nerveux. On connaissait déjà assez bien les nerfs périphériques et les fibres de la substance blanche des centres, mais les données positives sur la substance grise étaient peu nombreuses. On avait distingué la névroglie des éléments nerveux proprement dits et l'on connaissait, en gros, les cellules nerveuses avec leurs innombrables prolongements, parmi lesquels Deiters avait distingué celui auquel son nom est resté attaché, mais qu'on appelle habituellement le cylindraxe ou axone. Pour les autres expansions de la cellule nerveuse, les prolongements protoplasmiques ou dendrites, les colorations au carmin les montraient confusément comme une. forêt impénétrable, et tout naturellement on avait admis que ces rameaux sans nombre ne pouvaient former qu'un réseau continu, par l'intermédiaire duquel toutes les cellules nerveuses communiquaient entre elles : c'était le réseau de Gerlach. Cette notion de réseau paraissait *a priori* nécessaire et comme, dans les théories, l'on attache toujours moins d'importance à ce que l'on voit qu'à ce que l'on croit nécessaire, la théorie réticulaire s'était fortement ancrée dans l'esprit des anatomistes.

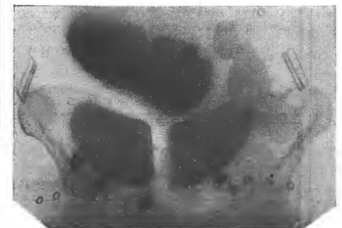
Pourquoi Cajal, dès son entrée dans l'étude du système nerveux, s'est-il posé en adversaire de cette théorie, acceptée jusque-là sans conteste ? C'est parce que son esprit essentiellement objectif ne pouvait pas s'accommoder d'une croyance qui ne reposait que sur des images microscopiques dépourvues de toute précision. Et puis il avait eu l'occasion de voir quelques préparations faites par la technique d'imprégnation découverte par C. Golgi quelques années auparavant ; cette merveilleuse méthode était encore considérée comme fantasmagorique par la plupart des histologistes, mais Cajal, du premier coup d'œil, en saisit toute la valeur. Golgi a rendu un service énorme à la science en créant sa méthode qui, en réalité, a marqué le début d'une période nouvelle de l'histologie, mais c'est à Cajal que revient l'honneur d'en avoir tiré les meilleurs fruits, grâce à l'emploi très judicieux qu'il en a fait. D'abord il l'a perfectionnée par son procédé de la double imprégnation, et puis surtout il a orienté ses recherches dans le sens ontogénique, en se servant d'embryons et d'animaux très jeunes, dont les éléments et leurs arborisations, encore simples, n'exposent pas aux illusions d'optique, où la myéline ne gêne pas la coloration des fibres et où les ensembles, beaucoup plus petits, sont plus faciles à explorer complètement — c'est surtout à cette pratique qu'il a dû ses plus belles découvertes ; — enfin il a étendu ses investigations à la classe des invertébrés, ce qui lui a permis des comparaisons précieuses. Il ne s'en est pas tenu, d'ailleurs, à la méthode de Golgi ; il fait aussi son profit de celle d'Ehrlich au bleu de méthylène. Plus tard sa méthode personnelle à l'argent réduit agrandira encore le champ de ses recherches.

Enthousiasmé par les résultats qu'il obtient, il est pris alors d'une telle fièvre de travail qu'il doit fonder la *Revista trimestral de Histologia normal y patologica* pour publier ses découvertes. C'est en 1888 qu'il élucide complètement la structure de l'écorce cérébelleuse à laquelle, pour ses débuts, il s'était attaqué. Il découvre les terminaisons des axones des petites cellules étoilées de la couche moléculaire, qui se disposent en *corbeilles* autour du corps des cellules de Purkinje — c'était la première fois que l'on saisissait la terminaison de fibres nerveuses dans la substance grise, et les corbeilles étaient l'un des plus beaux types de synapse que l'on puisse voir ; — puis les *fibres moussues*, qui viennent de la substance blanche et se terminent par une série d'appendices courts, disposés en rosaces, dans la couche des grains ; puis les *arborisations digitiformes* des grains ; puis les *épines péridendritiques* sur les branches des dendrites des cellules de Purkinje et de tous les dendrites en général ; puis les *axones des grains* qui montent dans la couche moléculaire pour s'y diviser à angle droit en deux branches parallèles à la direction des lamelles — et il montre la raison de cette disposition : ce ne sont pas, en réalité, les cylindraxes qui sont montés, mais bien les grains eux-mêmes qui sont descendus de la couche moléculaire, où ils siégeaient chez l'embryon, pour occuper, au-dessous des cellules de Purkinje, la couche où on les trouve chez l'adulte ; leur cylindraxe est naturellement resté accroché au point où il avait commencé à se former ; — enfin les *fibres grimpantes* qui viennent de la substance blanche et dont les branches s'appliquent à la surface des dendrites des cellules de Purkinje, qu'elles suivent dans toute leur étendue en se développant progressivement chez l'embryon. C'était plus qu'il n'en fallait pour affermir Cajal dans sa lutte contre les théories réticulaires : il part de là pour explorer systématiquement le névraxe tout entier.

En 1888 encore, il fait pour la *rétine* ce qu'il vient de faire pour le cervelet. En 1889 et en 1890 il s'attaque avec le même succès à la moelle *épinière*. Là encore il montre, dans tous leurs détails, l'agencement et les connexions des nombreuses variétés de neurones qui peuplent les différentes régions de la substance grise, le rôle de la substance blanche dans ces connexions, les bifurcations en T des fibres d'association et leurs collatérales, — ces drenières, à son insu, avaient déjà été vues par


METHODE DE WHIPPLE
HEPATHEMO
DESCHIENS
Extrait concentré de FOIE DE VEAU FRAIS
Ampoules buvables, Sirop
SYNDROMES
ANÉMIQUES
DESCHIENS
DOCTEUR EN PHARMACIE,
9 RUE PAUL BAUDRY. PARIS VIII°


MAUX D'ESTOMAC
DIGESTIONS
DIFFICILES
Guérison sûre et rapide
ÉLIXIR GREZ
Toni-Digestif
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
COLLIN & Cie



NÉCROLOGIE *(Suite)*

Golgi, — enfin la branche descendante des fibres radiculaires sensitives. Dans aucune des connexions d'axones, il n'y a trace de réseaux fermés ; Golgi, qui avait découvert les cellules à cylindraxe court, abondamment ramifié dans le voisinage de son point d'origine, qui avait aussi vu les collatérales des cylindraxes longs, avait cru qu'il s'agissait là d'un immense réseau axonique et avait ainsi reconstitué une théorie réticulaire nouvelle après que sa méthode lui eût montré l'inexistence du réseau dendritique de Gerlach. Cajal prouve clairement que ce nouveau réseau n'est pas moins imaginaire que l'ancien. Il découvre encore le cône de croissance des axones embryonnaires, complétant ainsi, sur un point capital, le travail de His, qui avait bien vu l'individualité du neuroblaste, mais n'avait pu apercevoir la terminaison de son cylindraxe à l'aide des techniques simples dont il disposait. Avec sa modestie coutumière, Cajal considérait His et Forel comme les fondateurs de la théorie du neurone ; il serait peut-être plus juste de dire : les précurseurs, sans diminuer en rien leurs mérites, qui sont très grands.

Presque en même temps, il fait le même travail sur le *lobe optique* des oiseaux, puis sur la *muqueuse* et le *lobe olfactifs*.

En 1903 Cajal arrive à mettre au point sa méthode à l'argent réduit, si facile à pratiquer, qui colore parfaitement les neurofibrilles et qui s'est substituée, dans la pratique, presque complètement à la méthode de Golgi. En même temps Bielschowski publiait la sienne. Ces deux méthodes, qui se valent, étaient l'aboutissant de nombreuses tentatives faites par divers auteurs, parmi lesquels Fajersztajn et Simarro ; elles apportaient un progrès énorme. Cajal, naturellement, appliqua la sienne avec son ardeur habituelle et fit, grâce à elle, les plus belles découvertes. En premier lieu il put réfuter les théories de Apathy, qui avait, lui aussi, obtenu des préparations excellentes. mais avec une technique extrêmement ardue et applicable seulement aux invertébrés. Le célèbre histologiste hongrois avait émis une nouvelle théorie, à la fois réticulaire et polygéniste, où les neurofibrilles, élément conducteur, formaient un réseau unique qui passait sans s'interrompre à travers toutes les cellules ganglionnaires. Cajal, sur les objets mêmes étudiés par Apathy et sur les animaux supérieurs, mit en évidence la cause de ces illusions.

Mais les travaux de Cajal sont beaucoup trop nombreux pour qu'on puisse les énumérer ici. Ils remplissent les *Trabajos del Laboratorio de investigaciones biologicas*, qui succédèrent à la *Revista trimestral* et qui, depuis 1923, sont publiés en français. Parmi ses livres, nous citerons seulement les principaux : *Manual de Histologia normal y tecnica micrografica*, 6e édition, 1914 ; — *Manual de Anatomia patologica general*, où il décrit les « cellules cyanophiles » retrouvées un an plus tard par Unna : ce sont les plasmazellen ; — *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*, 3 volumes (1899-1904), prodigieux ouvrage qui contient l'étude originale de toute la structure nerveuse, exposée dans le cadre d'une érudition impeccable ; revu par l'auteur, ce livre précieux a été traduit en français par L. Azoulay sous le titre : *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés* (1909-1911) ; — *Estudios sobre la degeneracion y regeneracion del sistema nervioso*, 1912-1914, traduit en anglais par Raoul May ; — enfin : *Neuronismo o Reticularismo ?* qu'il a écrit l'an dernier et où il résume avec une lucidité entière toute la querelle du neurone.

Toutes ces publications sont illustrées à profusion de dessins que l'auteur, artiste consommé, exécutait à main levée et qui sont d'une vérité frappante.

Un fait remarquable ressort de l'œuvre entière, c'est que le hasard n'a jamais joué aucun rôle dans les découvertes de Cajal ; dans sa méthode de travail il n'y avait pas de place pour cet auxiliaire capricieux. Le problème à élucider, le choix de l'objet d'étude, la direction des recherches, les méthodes à employer étaient l'objet de longues méditations préalables, d'où sortait un plan d'action si judicieux, que rien ne pouvait échapper à l'œil du Maître.

« Bien que toutes les qualités de l'esprit », a dit La Rochefoucauld, « se puissent rencontrer dans un grand génie, il y en a néanmoins qui lui sont propres et particulières ; ses lumières n'ont point de bornes ; il agit toujours également et avec la même activité; il discerne les objets éloignés comme s'ils étaient présents ; il comprend, il imagine les plus grandes choses ; il voit et connaît les plus petites ; ses pensées sont élevées, étendues, justes et intelligibles ; rien n'échappe à sa pénétration, et elle lui fait souvent découvrir la vérité au travers des obscurités qui la cachent aux autres. »

Tel a été Santiago Ramon y Cajal.

Les premières découvertes de Cajal rencontrèrent l'incrédulité, mais, lorsqu'il eut montré ses préparations au Congrès des anatomistes de Berlin en 1889, il conquit aussitôt la confiance des histologistes les plus autorisés, Kölliker, His, Retzius, Waldeyer, Schwalbe, Van Gehuchten, Lenhossek, etc., qui se firent ses partisans.

Dès lors sa carrière devient triomphale : il fait une Croonian Lecture en 1894, il reçoit le prix international de Moscou, décerné par le Congrès international de médecine de Paris en 1900, et à

NÉCROLOGIE *(Suite)*

cette occasion le gouvernement espagnol aménage pour lui un laboratoire bien outillé, récompense de ses succès ; puis viennent la médaille d'or de Helmholtz en 1905 et le prix Nobel, qu'il partage avec Golgi en 1906. En 1910 il est nommé sénateur à vie.

L'année 1922 amène l'âge inexorable de la retraite, qui le prive de sa chaire, mais son activité n'en est pas amoindrie. Il est anobli et le gouvernement fonde l'Institut Cajal, établissement durable, foyer de hautes recherches biologiques, placé sous la direction du Maître qui s'y installe avec son École, cette brillante pléiade de savants, l'honneur et l'espoir de la science espagnole. Dans cet Institut prestigieux, le Maître continue à travailler et à produire jusqu'à la fin de sa glorieuse vie.

Il serait injuste de ne pas nommer ici, parmi les les élèves et collaborateurs les plus renommés de Cajal, son frère Pedro Ramon, Calleja, Lavilla, Terrazas, Oloriz, C. Sala, Tello, Illera, Lafora, Sanchez, Achucarro, Fernando da Castro, Del Rio Hortega, Fananas, Estable, Arcaute ; d'autres, plus jeunes, se préparent à suivre la trace de leurs aînés.

Cajal était un homme de sentiments très nobles ; ses mœurs étaient simples, il partageait son temps entre ses travaux, sa nombreuse famille et ses amis ; il accueillait les travailleurs avec une rare bienveillance, s'intéressait à leur production et leur donnait son appui très généreusement ; nombreux sont ceux qui ont contracté envers lui une grande dette de reconnaissance, dont ils ne pourront jamais s'acquitter.

J. Nageotte.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES

La note parue dans le numéro du 13 octobre ne donne que des informations d'ordre général et un exposé succinct de la situation au lendemain du vote de la loi de finances de février dernier. Depuis, la situation s'est modifiée, mais dans le sens que pouvaient faire prévoir les erreurs commises : dans le sens de l'aggravation.

De décembre à fin février, le Corps médical brusquement attaqué, et menacé de mesures fiscales exceptionnelles, subit avec passivité les persécutions, par la faute de son organisation défectueuse : alors que les autres groupements professionnels étaient organisés pour la résistance, et pouvaient ainsi s'opposer avec succès à toutes les entreprises menées contre eux, seul, le Corps médical n'envisageait que la collaboration et, par le fait, les concessions perpétuelles. Et c'est ainsi qu'il fut amené à accepter le livre-journal.

Nous n'avons cessé, pour notre compte, de protester contre cette passivité et contre cette acceptation qui fut un véritable marché de dupes.

Les parlementaires voulaient nous imposer deux obligations incompatibles avec l'exercice normal et traditionnel de notre profession : la première, un reçu pour tout honoraire perçu, était inapplicable ; personne ne pouvait ignorer qu'elle n'avait pas duré six mois en Belgique, et il n'y avait aucune raison pour qu'elle eût plus de succès chez nous ; d'autant que la délivrance de ce reçu était soumise, par le paiement du timbre, à l'agrément du client qui, évidemment, l'aurait systématiquement refusé ; par contre, la seconde, le livre-journal, était personnelle au médecin et ne pouvait être éludée ; elle avait, en outre, une signification commerciale et, de ce fait, comportait des justifications, grosses de menaces pour l'avenir.

Et cependant, grâce au système de collaboration et de concessions, un choix entre ces deux maux étant possible, ce fut le pire qui fut accepté, le livre-journal. On ne conçoit guère ce choix étrange de ceux qui avaient la charge des intérêts du Corps médical.

Or il ne faut pas oublier qu'en décembre, aussi bien le Parlement que le Gouvernement, étaient dépourvus d'autorité et ne tenaient certainement pas à ajouter une querelle avec les médecins aux difficultés au milieu desquelles ils se débattaient. Une action concertée et bien menée aurait eu toute chance de succès ; nous n'en prenons pour preuve que les menaces de quelques syndicats médicaux aux élus de leur département qui suffirent à transformer les 400 voix de majorité pour l'établissement du reçu en 400 voix de majorité pour sa suppression.

Quoi qu'il en soit, nous sommes maintenant dotés d'un livre-journal qui, même sous sa forme actuelle, constitue une comptabilité ; et ainsi, non seulement nous avons une formalité de plus, mais les responsabilités que nous encourrons sont plus graves, comme sont plus graves les erreurs de comptabilité que les erreurs de déclaration.

On peut donc nous demander des justifications, comme le précise une circulaire de la Direction générale des Contributions directes dans les articles suivants :

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

« Art. 112. — Aux termes du nouveau texte, le contrôleur pourra demander communication du livre-journal et de toutes pièces justificatives.

« Art. 113. — Ces pièces sont celles qui seraient nécessaires pour vérifier que toutes les recettes professionnelles ont été exactement inscrites au livre-journal. »

La circulaire déclare bien ensuite que le contrôleur ne pourra pas exiger la production de pièces susceptibles de révéler la personnalité du client qui a versé les fonds : mais, étant donnée la façon dont le fisc traite le secret professionnel, on peut se demander comment sera faite la discrimination ; on prévoit bien la préconciliation, mais quelles sources de difficultés avec les contrôleurs ! Nous avons été ainsi engagés dans une voie qui nous vaudra bien des ennuis.

Les décrets-lois ne nous ont pas apporté d'apaisement. A quoi bon se gêner avec des gens qui ne réagissent point ?

La patente ne sera plus calculée, à partir du 1er janvier 1935, que sur le loyer professionnel ; mais il est vraisemblable qu'un droit fixe sera appliqué et nombre de médecins, loin d'avoir une diminution, subiront au contraire une augmentation.

Quant à l'impôt cédulaire, alors que, pour les autres contribuables, le taux en est sensiblement abaissé, supprimé même complètement pour les bénéfices agricoles, pour nous, il est maintenu à 12 p. 100. Mieux, comme, pour les commerçants, il est abaissé de 15 p. 100 à 12 p. 100, nous nous trouvons maintenant dans la même classe. L'assimilation continue.

Enfin, le décret du 20 juillet 1934 a rendu applicable et obligatoire pour les médecins, la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales. Cette charge nouvelle est applicable pour tous les salariés qui participent à un titre quelconque, mixte ou exclusif, au service de la consultation. De ce fait, tous les médecins devront, à partir du 1er décembre 1934, être affiliés à une caisse de compensation et verser, en principe, 2 p. 100 des salaires correspondants.

Jusques à quand nous laisserons-nous faire ainsi ?

A. Herpin.

REVUE DES CONGRÈS

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

Réunion du lundi 15 octobre 1934.

Les lombalgies.

Premier rapport : M. P.-M. Weil. — *Discussion :* M. Justin-Besançon.

Le processus de la lombo-sacralisation. — M. P. Weil montre combien fragiles sont les signes radiologiques sur lesquels repose le diagnostic différentiel de lombalisation et de sacralisation. C'est que ces deux processus sont l'expression d'une même anomalie, une augmentation des caractères transitionnels normaux de la dernière vertèbre lombaire. Normalement, la dernière vertèbre lombaire emprunte ses caractères tout à la fois au système lombaire et au système sacré : une exagération de ces caractères particuliers détermine la lombo-sacralisation qui apparaît comme un phénomène d'hypertransition. La fréquence de cet état semble dû à ce que l'homme n'a pas encore acquis les caractères squelettiques définitifs nécessités par l'acquisition de la station debout. Les douleurs qui accompagnent fréquemment les phénomènes d'hypertransition sont liées le plus souvent à des arthrites vertébrales ou sacro-lombaires. Lorsque les pratiques médicales et physiothérapiques usuelles se sont montrées insuffisantes, la guérison peut être obtenue par la fixation, par un double greffon vertical et transversal, du système articulaire douloureux.

Deuxième rapport : M. Rœderer.

La spondylose et le spondylolisthésis. — L'auteur rappelle d'abord que le glissement de la cinquième vertèbre lombaire sur la base sacrée ou de la quatrième sur la cinquième ne peut s'accomplir que s'il y a décrochage des apophyses articulaires inférieures de ces vertèbres, ce qui implique une aplasie de ces apophyses (mécanisme récemment prouvé), ou un allongement de l'isthme qui réunit les articulaires supérieure et inférieure de la cinquième lombaire, ou rupture de cet isthme.

Ces deux dernières éventualités réclament une anomalie vertébrale congénitale, dédoublement et non soudure de deux points d'ossification : la spondylolyse.

Celle-ci — peut-être dans certaines conditions de préparation — paraît pouvoir être d'origine traumatique.

Si le spondylolisthésis est une affection exceptionnelle, par contre la spondylolyse paraît plus fréquente qu'on ne le croyait. Elle est à l'origine de quelques algies lombaires. La clinique (sensation de fatigue, de gêne,

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

douleurs en levant un poids écarté des pieds en avant par la flexion des cuisses sur le tronc et certains détails morphologiques) permet de la soupçonner. La radiographie de trois quarts, d'une interprétation d'ailleurs délicate, permet de l'affirmer.

Troisième rapport : M. F. COSTE. — *Discussions :* MM. J. FORESTIER, LACAPÈRE et TERRAY.

Les lombalgies d'origine arthropathique. — L'auteur passe en revue les lombo-sciatalgies rattachables aux arthropathies manifestes radiologiquement décelables, non seulement du rachis lombo-sacré, mais des jointures voisines, les sacro-iliaques en particulier. Il en discute les caractères cliniques, le mode de production et la thérapeutique. Puis il envisage les arthropathies pour signes radiologiques et par cela même très difficiles à démontrer, des mêmes jointures. Ce groupement de faits, par essence très discutables, lui paraît cependant correspondre à un très grand nombre des lombo-sciatiques dites rhumatismales. Le rôle respectif du joint lombo-sacré, avec ses articulations intersacraliques et interapophysaires et de l'articulation sacro-iliaque, ainsi que l'intervention des facteurs traumatiques, ostéo-arthrosiques, infectieux, etc., sont envisagés ici. Le traitement des lombo-sciatiques « essentielles » doit s'inspirer de ces données cliniques et pathogéniques.

Quatrième rapport : M. DAUSSET. — *Discussions :* MM. MASSART, TEULON, VALIO, PERLÈS.

La physiothérapie des lombalgies. — La guérison des lombalgies sans lésion osseuse, les lumbagos et les sciatalgies dites rhumatismales, est facilement obtenue par les agents physiques variés.

Parmi les moyens les plus efficaces, l'auteur préconise l'érythème actinique produit par la lampe à arc. S'il est très poussé, il paraît être le traitement héroïque du lumbago. Des centaines d'érythèmes ont été effectués à l'Hôtel-Dieu sans le moindre inconvénient.

Les ondes courtes ont aussi une remarquable efficacité, les injections d'oxygène radio-actif, les frictions de haute fréquence, l'infra-rouge longtemps prolongé, l'ionisation sont des procédés excellents.

S'il y a lombarthrite, c'est aux rayons X ou au thorium X qu'il faut avoir recours ; s'ils ne guérissent pas toujours ce sont des adjuvants précieux des autres traitements : immobilisation, chirurgie, orthopédie.

(Suite à la page VIII).

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOBIOLOGIE

Venise, 10-15 *septembre*. 1934.

A la séance d'ouverture, présidée par Marconi et par le ministre d'Etat Volpi, M. Kopaczewski a lu une lettre autographe de M. d'Arsonval dans laquelle ce dernier salue le Congrès et adresse un pieux hommage à la mémoire de Galvani et à celle de Mateucci, ami de la France et élève de J.-B. Dumas, A.-C. Becquerel et Cl. Bernard. Après cette lecture, très chaleureusement applaudie par le Congrès, M. Kopaczewski a proposé l'envoi à M. d'Arsonval d'une dépêche exprimant à ce maître l'hommage affectueux du Congrès et le souhait « de le voir pour de longues années encore diriger les efforts de ses continuateurs », ce que le Congrès a approuvé avec empressement.

Parmi les nombreux rapports présentés par diverses délégations étrangères, les Français en ont fait quatre : M. Pech, de Montpellier, sur le rôle du potentiel électrique de l'atmosphère et l'alimentation ; M. Vlès, de Strasbourg, sur l'action de ce potentiel sur les divers organes ; M. Kopaczewski sur l'action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les biocolloïdes et sur le sérum. Parmi les autres rapports, susceptibles d'intéresser les médecins, citons celui d'Adrian (prix Nobel) sur « l'activité électrique du système nerveux » ; de Castaldi, sur « les effets des ondes de Hertz » ; de Behnken, sur « les méthodes dosimétriques des rayons X » ; de Rossi, sur « les radiations cosmiques ».

La séance de clôture, présidée par M. Volpi, a été inaugurée par M. de Broglie, lequel, dans une allocution très goûtée, a évoqué les anciennes gloires italiennes dans le domaine de l'électricité animale. M. Volpi, en s'exprimant en français, a remercié la délégation française du concours qu'elle a apporté aux travaux du Congrès.

Le prochain Congrès international de radiobiologie sera tenu à Venise en 1936.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ALEXANDRE MANQUAT (DE NICE) (1853-1934)

Par M. Ch. LAUBRY.

Le Dr Manquat était né à Grenoble, le 2 décembre 1853. Il fit dans cette ville ses premières études médicales qu'il vint compléter à Paris. Il se destinait à la médecine militaire, et sa carrière dès l'abord s'y annonça brillante. Répétiteur à l'Ecole du Service de santé de Lyon en 1889, il revint quatre ans plus tard au Val-de-Grâce comme agrégé, et certains de nos collègues gardent encore le souvenir de son enseignement à la fois brillant et familier. Nul doute qu'il n'eût occupé dignement une chaire magistrale si la maladie ne s'était acharnée sur lui. Mais à la suite d'interventions chirurgicales assez pénibles, il fut obligé de quitter l'armée. Il occupa quelque temps une chaire d'histologie à l'école de médecine d'Amiens. La rigueur du climat l'exila vers des régions plus clémentes, et il se fixa définitivement à Nice, où, jusqu'en 1918, il maintint de façon honorable sa réputation de médecin consultant et de grand travailleur que l'Académie consacra en l'appelant dans son sein en 1907 au titre de membre correspondant national.

On lui doit d'excellentes observations de clinique médicale et chirurgicale courante. Mais c'est en thérapeutique qu'il s'est particulièrement distingué. La plupart de ses travaux se ressentent déjà de son orientation familière. Il met au point le traitement de certaines maladies infectieuses. Il fait sur les révulsions une série de recherches originales. Il poursuit des études pharmacologiques sérieuses sur le vanadium, l'orthoforme et ses dérivés, le véronal dont il est des premiers à établir la posologie. Il montre les différents modes d'emploi du sulfate de soude et surtout son usage à petites doses comme anti-dyspeptique. Il étudie ensuite l'action des médicaments antipyrétiques et particulièrement de la quinine qu'il apprend à administrer à doses préventives aussi bien qu'à doses thérapeutiques.

Tous ces travaux, il les condense et les coordonne dans son œuvre magistrale qui est son *Traité de thérapeutique* et qui lui vaut sa notoriété. Dès 1892 il en donne une première édition, qui est l'œuvre d'un débutant, et depuis il ne cesse de l'enrichir de ses recherches et de son expérience personnelle au point d'en faire une œuvre vraiment classique qui atteint en 1902 sa cinquième édition. Ce traité rendit populaire aux étudiants de ma génération le nom de Manquat, et il eut comme consécration d'être plusieurs fois traduit à l'étranger. Il conserve le mérite d'être à la fois clair et de refléter non seulement une documentation suffisante, mais encore une personnalité médicale avertie.

En 1918, à la fin de la guerre, notre collègue cessa d'exercer, non sans avoir, malgré son âge et sa santé très précaire, consacré les dernières années de son activité médicale à la direction des hôpitaux militaires d'Uriage. Il vécut alors à Saint-Raphaël dans une retraite où il sacrifia encore au démon de toute sa vie, c'est-à-dire à l'amour passionné de notre profession médicale. Il y succomba le 21 octobre 1934 à une occlusion intestinale. Sa mort fut celle d'un médecin qu'il n'avait cessé d'être. Il fit son diagnostic, suivit avec une lucidité parfaite une évolution qu'il savait fatale et que ce thérapeute professionnel avait diagnostiquée au-dessus des ressources de son art. Il s'éteignit avec la résignation du sage.

A ses enfants qui m'ont dit en termes émouvants le grand travailleur et l'homme de bien que fut leur père, j'adresse nos condoléances émues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1934.

Notice. — M. MARION donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Francisco Durante (de Rome), associé étranger depuis 1916, récemment décédé.

Les formes uniquement humorales de la syphilis expérimentale du lapin. — MM. Ch. RICHET fils, DUBLINEAU et Mme MICHEL ont étudié certaines formes exclusivement humorales de la syphilis expérimentale du lapin. Après avoir insisté sur la très grande valeur de la réaction de Meinicke chez cet animal comme signe de syphilis et avoir

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

rappelé quelques-unes des variétés déjà connues de la syphilis expérimentale à manifestations purement humorales, les auteurs montrent que, avec certains virus, en particulier avec celui qui existe dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, on peut provoquer l'apparition de réactions humorales positives. Si, un certain temps après, on inocule à ces animaux du virus syphilitique adapté, ils réagiront de façon différente que les animaux neufs, montrant ainsi leur état d'allergie.

Sur un cas de streptococcémie grave. Remarques cliniques, bactériologiques et thérapeutiques. — MM. DUTREY et CHABANNES ont observé un cas de septicémie à streptocoques, particulièrement important par sa marche spéciale, sa gravité, ses complications nerveuses toxiques, la persistance inaccoutumée du germe dans le sang, sa guérison.

Le malade, âgé de vingt et un ans, a fait une septicémie streptococcique à la suite d'une grippe avec otite suppurée. Les symptômes habituels (très violents frissons, abattement profond, signes de myocardite avec pouls misérable et incomptable) se sont compliqués de raideur de la nuque, de vomissements et de parésie des quatre membres. Signe de Babinski bilatéral et trépidation épileptoïde. Rien au fond de l'œil. Liquide rachidien hypertendu, clair, renfermant 9 lymphocytes par millimètre cube, etc.

Le pronostic était fatal. La sérothérapie antistreptococcique (sérum de Vincent) amène une amélioration extrêmement rapide de l'état général et, dès le troisième jour, le malade sort de sa torpeur, les phénomènes nerveux disparaissent.

Mais le streptocoque persiste dans le sang et ne disparaîtra que quinze jours plus tard, après arthrite sterno-claviculaire et arthrite suppurée du genou incisées l'une et l'autre.

Cette longue persistance de l'infection peut être attribuée à ce que, pour des raisons indépendantes, on a associé pendant plus de dix jours la vaccinothérapie à la sérothérapie ; le vaccin accapare une notable partie des anticorps fournis par le sérum. Dès que l'on a cessé les injections de vaccin, la guérison définitive par le sérum a été obtenue en quelques jours.

Le streptocoque hémolytique isolé par les hémocultures était d'une virulence extrême pour le lapin. Le pharynx a donné un streptocoque très virulent, d'abord non hémolytique, puis hémolytique sur les milieux nutritifs au sang.

Venin, vipères et cancer. — M. PITON, reprenant les travaux de Billard, a étudié la peau de vipère qui contient des lipoïdes. Il en extrait un produit injectable qu'il a utilisé avec des résultats encourageants dans le traitement du cancer.

Emploi du sérum de cheval comme hémostatique en injections intratissulaires à doses très faibles. — MM. HAMON et PINOT.

Syndromes toxiques d'origine intestinale. — M. LŒPER.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre libre en remplacement de Mme Curie.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : M. Henri Meige ; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Bouquet, Jayle, Kling, Mme Phisalix, M. Trillat.

Au premier tour de scrutin, M. Henry MEIGE, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts, est élu par 52 voix sur 87 votants. M. Bouquet a obtenu 7 voix, M. Jayle 2 voix, M. Kling 4 voix, Mme Phisalix 2 voix, M. Trillat 20 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance des 16 et 23 novembre 1934.

Pneumothorax spontanés à répétitions. — M. de VERBIZIER (de Toulouse) rapporte l'observation d'une femme de trente ans qui, entre 1925 et 1930, n'a pas fait moins de 14 pneumothorax spontanés à répétitions. Chaque pneumothorax débutait par des symptômes (douleurs, tachycardie) auxquels la malade et son entourage ne se trompaient pas. Chacun d'eux était vérifié radiologiquement et disparaissait au bout de cinq à six semaines. L'accident se reproduisait environ tous les quatre mois.

En 1930, il a cessé complètement de se reproduire et, depuis lors, l'intéressée jouit d'une parfaite santé.

L'auteur pense que dans ce cas, comme dans bien d'autres cas de pneumothorax spontané, la tuberculose pulmonaire ne joue aucun rôle.

Diabète bronzé avec atrophie des organes génitaux et chute des poils (syndrome hépato-pancréato-génital). — MM. MARCEL LABBÉ, R. BOULIN et P. UHRY présentent un nouvel exemple du syndrome qu'ils ont décrit en 1931 et où s'associent un diabète avec acidose et dénutrition azotée ; une cirrhose hypertrophique du foie, sans ascite, sans splénomégalie, sans circulation collatérale ; une pigmentation cutanée ardoisée ; de l'atrophie pénotesticulaire avec impuissance ; de la chute des poils : véritable diabète bronzé avec infantilisme régressif. Ils insistent sur la jeunesse du sujet (trente-deux ans), sur l'absence de toute étiologie apparente, en particulier de l'alcoolisme, le sujet ne buvant que de l'eau, sur la fréquence des formes frustes de diabète bronzé qu'il ne faut pas considérer comme une maladie exceptionnelle ni même très rare.

M. JUSTIN-BESANÇON rapproche ce cas d'essais de pancréatectomie totale qu'il a pratiqué chez le chat et qui ont provoqué diabète, surcharge sidérosique du foie et atrophie testiculaire.

Des dangers de la transfusion chez les sujets à « sang instable ». — M. R. BENDA, à propos de la récente communication de MM. Chabrol, Cachin et Siguier, insiste sur les résultats souvent paradoxaux de la recherche des groupes sanguins et des compatibilités sanguines au cours des maladies du foie en général, mais surtout *chez les hépatiques éthyliques*.

Il souligne également le danger qu'il y aurait à se fonder, d'après l'opinion classique, sur les *signes avertisseurs* du choc transfusionnel : ceux-ci font défaut la plupart du temps, même dans les cas de chocs mortels.

Scoliose congénitale par pièce osseuse vertébrale surnuméraire entre D^{10} et D^{11}. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. SCHWOB et R. BONNARD présentent une malade de trente-deux ans atteinte d'une scoliose congénitale. La radiographie révèle entre D^{10} et D^{11} un coin osseux atteignant les dimensions d'une demi-vertèbre. Cette malade présente d'autres dystrophies : cæcum anormalement grand, sclérotiques bleues, hyperextension des coudes, qui font poser la question de l'origine commune hérédo-spécifique de ces diverses malformations.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Maladie de Friedreich avec altérations électrocardiographiques progressives et solitaires. — MM. G. Guillain et P. Mollaret présentent un malade de vingt-deux ans atteint depuis l'âge de seize ans d'une maladie de Friedreich de symptomatologie typique. Depuis l'entrée du malade à la Salpêtrière en 1931 jusqu'en janvier 1934, le cœur ne présenta aucune anomalie clinique, radiologique ni électrocardiographique. Mais à cette date des modifications électrocardiographiques isolées ont fait leur apparition. Elles consistent en modifications du complexe ventriculaire dans les trois dérivations. En DI et DII l'onde ST s'écarte nettement de la ligne isoélectrique et en DIII on constate une onde T négative et étalée ébauchant une déformation inverse. Un détail particulier réside dans la présence d'une onde S assez accentuée (2 millivolts en DI). L'onde P est ordinairement normale quoique pointue en DII ; quelques extrasystoles auriculaires ont pu être enregistrées. Ces modifications persistent depuis dix mois et s'accusent lentement, mais sans s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel ni physique, à l'exception d'une légère tachycardie.

Rien ne permet d'incriminer une altération de la circulation coronarienne, et la nature nerveuse extracardiaque de ces modifications paraît probable. Leur valeur pronostique mérite d'être réservée ; peut-être sont-elles d'une qualité différente de celle des autres altérations du rythme cardiaque qui, dans la maladie de Friedreich, annoncent la mort dans l'année selon une loi énoncée par les auteurs et jusqu'à présent toujours vérifiée.

M. Laubry souligne l'intérêt de ces constatations qui prouvent que certaines anomalies électrocardiographiques considérées habituellement comme caractéristiques peuvent être fonctionnelles. Il a observé avec Guy Laroche ces déformations dans un cas de polynévrite éthylique et les a vues rétrocéder.

Séance du 30 novembre 1934.

Ulcère aigu de la vulve et fièvre typhoïde. Rôle du « B. crassus ». — MM. J. Troisier, M. Bariéty et P. Gabriele ont vu chez une jeune fille de vingt et un ans, vierge, un ulcère vulvaire se développer du sixième au vingtième jour d'une dothiénentérie sévère ; il présentait tous les caractères cliniques de *l'ulcus vulvæ acutum* décrit par Lipschütz.

L'examen bactériologique révéla au niveau de cet ulcère la présence exclusive de *B. crassus* et de staphylocoques. L'inoculation de la culture de *B. crassus* en milieu anaérobie à la vulve d'un cobaye y détermina de l'œdème et un suintement renfermant le même germe.

Pour toutes ces raisons cliniques, bactériologiques et expérimentales les auteurs écartent la nature éberthienne de ces ulcérations. Ils pensent qu'il s'agit bien d'un *ulcus vulvæ acutum* authentique, véritable infection surajoutée au cours d'une fièvre typhoïde.

Il s'agit là d'un de ces cas exceptionnels où l'ulcère aigu de la vulve apparaît comme épiphénomène au cours d'une autre infection, alors qu'habituellement il se manifeste à titre d'affection autonome et primitive.

Un cas de septicémie post-abortum à staphylocoque doré guéri par la vaccination effectuée avec des bacilles vivants. — Le Dr Alberto Mané (de Montevideo) apporte une observation de septicémie à staphylocoque doré, survenue deux mois après un avortement infecté, rapidement aggravée, résistant à tous les traitements et brusquement améliorée après vaccination cutanée à l'aide d'une culture vivante de staphylocoques de la malade ; l'apparition, secondaire à cette vaccination, d'une suppuration *in situ* franche et abondante puis d'abcès à distance et de furoncles fut suivie de la disparition rapide et surprenante de tous les symptômes. L'auteur se demande si cette vaccination cutanée avec des bacilles vivants ne pourrait pas être assez largement employée dans les états septicémiques.

Sur une maladie à manifestations diverses. — MM. P. Chevallier, F. Moutier, W. Stewart, A. Levaux et Mlle Ely, partant des formes frustes des anémies, arrivent à des sujets qui n'ont plus trace d'anémie. Ces sujets présentent des gastrites atrophiques et guérissent ou s'améliorent considérablement par le fer à hautes doses. Les affections ainsi traitées sont le prurit vulvaire, le prurit anal idiopathique, certaines urticaires, la glossite rasée, certains syndromes thyroïdiens, des syndromes neuropsychiques, enfin des gastrites atrophiques pures (généralement sans signes cliniques nets). Dans un cas même les auteurs ont vu disparaître par le fer une gastrite astrophique en aires.

Crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie. — MM. Robert Debré, Ch. Gernez et Georges Sée considèrent que le caractère tout à fait semblable d'une observation personnelle et de trois cas trouvés dans la littérature étrangère permet d'isoler une entité morbide chez l'homme.

Un début brusque avec fièvre et état général alarmant, faisant penser à une mort prochaine, des douleurs musculaires atroces, avec muscles très sensibles à la pression, réflexes paraissant abolis et impotence fonctionnelle absolue, marquent le début. Dans les heures suivantes survient une miction apparemment sanglante, mais où l'examen montre un petit nombre d'hématies, et une grande quantité d'hémoglobine avec cylindrurie. Il s'agit d'une hémoglobinurie d'origine probablement musculaire. Par la suite il se produit une amélioration progressive. Les signes rénaux cessent, l'état général devient bon, les douleurs disparaissent, mais il persiste un aspect pseudo-paralytique ou pseudo-myopathique avec cependant un examen négatif et une réapparition progressive des réflexes. En quelques semaines le malade revient à un état tout à fait normal. Mais des récidives sont fréquentes et parfois surviennent des complications mortelles.

Ces crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie s'opposent d'une façon absolue à l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* et il semble qu'il s'agisse d'une affection semblable à l'hémoglobinurie du cheval ou maladie de Lucet dont les caractéristiques cliniques sont semblables et qui est provoquée par un trouble du métabolisme musculaire.

Grande anasarque primitive, hépatite hypertrophique graisseuse tuberculeuse sans lésions rénales. — MM. Et. May et J. Braillon rapportent un cas de grande anasarque dans laquelle une étude attentive ne permettait de déceler aucun trouble des fonctions rénales, et notamment aucune modification de la chlorémie. Il n'existait non plus aucun trouble humoral permettant de penser

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

à une néphrose lipoïdique. Par contre, le taux des protides était fortement abaissé. L'autopsie montra une nécrose graisseuse massive du foie d'origine tuberculeuse. Les auteurs pensent que la lésion hépatique a suffi à provoquer l'anasarque.

Néphrite aurique œdémateuse ; étude histochimique des lésions rénales. — M. PIERRE BOURGEOIS, Mlle de JESINSKY et M. J. LEVERNIER.

M. E. BERNARD croit que les lésions rénales graves s'observent chez des malades dont le rein est déjà atteint.

M. JUSTIN-BESANÇON a, avec M. Pasteur Vallery-Radot, trouvé dans le méthylène sulfoxylate de soude un antidote de l'intoxication aurique expérimentale ; c'est d'ailleurs aussi un antidote de l'intoxication mercurielle.

M. COSTE n'a jamais vu de néphrite chez les rhumatisants traités par de fortes doses de sels d'or et n'interrompt pas le traitement en présence d'albuminurie. Chez les tuberculeux, la néphrite, beaucoup plus fréquente, semble une réaction d'intolérance. Il faut peut-être faire une part à l'amylose chez ces malades suppurants chroniques.

M. JAUSION demande si le groupement sulfoxylate agit aussi vis-à-vis des métalloïdes ; il existe en effet dans l'arsénobenzol et ne l'empêche pas d'être toxique.

Un cas de cœur myxœdémateux. — M. CATHALA rapporte l'observation d'un myxœdémateux qui présentait une telle hypertrophie cardiaque qu'on pouvait penser à une péricardite. En même temps ce malade présentait des modifications électrocardiographiques. Le traitement thyroïdien a amené une réduction considérable de l'aire cardiaque. Mais ce traitement doit être conduit avec prudence, car il est susceptible de provoquer des accidents mortels.

M. LIAN souligne le danger de trop fortes doses d'extrait thyroïdien chez de tels malades où il risque de provoquer des accidents asystoliques. Il attribue ces accidents à une surcharge du travail cardiaque mal supportée par un cœur déjà déficient.

M. LAUBRY a publié un des premiers cas de myocardie d'origine thyroïdienne et l'a suivi plus de six ans. Il souligne l'action du traitement thyroïdien en dehors de tout traitement tonicardiaque et l'inconstance des modifications électriques.

M. LABBÉ souligne les dangers pour le myocarde de trop fortes doses de corps thyroïde.

Les réactions individuelles à type d'hypertension paroxystique. — M. A. TZANCK indique que du point de vue étiologique, les hypertensions paroxystiques peuvent être rangées en trois groupes :

Tantôt une même substance (l'adrénaline) provoque les mêmes effets sur tous les sujets ;

Tantôt une même lésion (surrénalome) donne lieu à un type clinique particulier ;

Tantôt les substances les plus diverses (chimiothérapie, protéines, etc., etc.) donnent lieu au même accident, mais chez des sujets prédisposés seulement.

Ce sont là des réactions individuelles à type d'hypertension paroxystique, à rapprocher d'autres manifestations réactionnelles de l'appareil circulatoire (angor, collapsus, tachycardie paroxystique), survenant dans les mêmes conditions et soulevant les mêmes hypothèses (anaphylaxie, choc, allergie, intolérance, idiosyncrasie).

Ces faits rejoignent les autres accidents de la chimiothérapie ou de la protéinothérapie. Ils ont la même signification et sont justiciables des mêmes méthodes d'investigation (tests d'intolérance divers) et de thérapeutiques identiques (désensibilisation spécifique ou aspécifique, auto-hémothérapie, hyposulfite de soude, etc.). Ils posent le problème des réactions individuelles d'intolérance, de signification similaire malgré les aspects très divers que ce processus revêt selon les organes sur lesquels il se manifeste.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1934.

Anesthésie à l'Evipan. — M. MOURE insiste encore sur la nécessité rigoureuse d'une très grande lenteur d'injection (un centimètre par minute). Il y a, comme pour toute anesthésie, des contre-indications et des incidents. En fait, l'auteur rappelle que d'après la statistique de MM. Ménégaux et Seitchaye, sur 23 000 cas publiés, un seul cas de mort est véritablement et sans discussion attribuable à l'Evipan, parmi les 22 cas observés.

M. DUVAL croit devoir faire remarquer que l'expérience n'est pas encore suffisante et que 22 morts sur 23 000 cas constituent une mortalité beaucoup trop élevée.

Radiothérapie des ostéomes. — M. CHEVRIER rappelle les nombreux cas qu'il a fait traiter par BONNIOT et étudie le mécanisme d'action.

M. PROUST appuie les dires de M. Chevrier et souligne l'intérêt de la méthode.

A propos de l'ostéogenèse. — M. LERICHE a repris ses recherches sur l'ostéogénèse, et répond particulièrement aux contradictions de M. CHARBONNEL (Bordeaux). Les nouvelles expérimentations sont venues confirmer entièrement les faits qu'il avait jadis avancés avec POLICARD.

M. PROUST souligne que c'est la première fois qu'on a pu obtenir expérimentalement de l'os avec son périoste.

M. MATHIEU hésite encore à admettre la genèse purement chimique de l'os, et se demande si les cellules n'y jouent pas un rôle, plus important que ne le dit Leriche.

M. MÉTIVET pose la question des ostéomes des cicatrices et des ostéomes après cystostomie.

M. PAPIN dit la fréquence des ostéomes au niveau des cicatrices de cystostomie.

Fermeture intrapéritonéale des fistules sur le grêle. — M. FEREY (Saint-Malo) a opéré de la sorte et précocement huit anus sur le grêle, et les a tous guéris.

M. ALGLAVE insiste sur la gravité des anus sur le grêle et approuve la conduite de M. Ferey.

M. SOUPAULT rappelle les travaux des Américains sur l'iléostomie terminale dans le traitement de certaines colites.

M. PICOT insiste sur la technique de la fistulisation du grêle. Si l'intestin a été fixé seulement au péritoine, la fermeture spontanée est presque la règle.

M. LARDENNOIS partage l'opinion de M. Picot, et décrit sa technique personnelle pour les larges anus du grêle.

HENRI REDON.

NOUVELLES

Un musée d'histoire naturelle vient d'être inauguré à Longjumeau. — Dans l'ancien hôtel du Dauphin, où fut signée, le 23 mars 1568, la paix de Longjumeau, qui mit fin à la seconde guerre de religion, vient d'être inauguré le Musée d'histoire naturelle, du Dr F. Cathelin, chirurgien, né en cette ville.

Les quatorze salles de ce musée rassemblent de nombreuses collections intéressant les trois règnes : animal, végétal et minéral, et des documents sur l'évolution des races humaines, de paléontologie, ethnographie, archéologie, préhistoire et anatomie comparée ; deux salles spéciales sont réservées à la médecine et à la chirurgie.

Parmi les pièces les plus rares de ces collections, il faut remarquer celles relatives à la civilisation aztèque avant la conquête espagnole du Mexique et une momie provenant des fouilles de la Basse-Egypte.

Ce musée deviendra ultérieurement la propriété de la ville de Longjumeau, le Dr Cathelin le léguant à sa ville natale, avec le capital nécessaire à sa conservation. La visite en est gratuite, elle a lieu le dimanche de 13 heures à 16 heures ; le jeudi est spécialement réservé aux établissements scolaires et les autres jours aux touristes. Il suffit de s'adresser au gardien.

Il s'agit en raccourci d'un tout complet des sciences de la nature, des trois règnes, animal, végétal et minéral, répartis en quatorze salles dont deux laboratoires servant aux préparations.

Des centaines de planches, la plupart en couleurs, illustrent et complètent ce qui ne peut se trouver en vitrines et constituent ainsi un enseignement de premier ordre.

En dehors des salles où sont réunis les plus beaux spécimens d'animaux terrestres et marins, les plantes et les minéraux, citons une salle d'archéologie, d'ethnographie, de paléontologie et d'ostéologie comparée.

Enfin deux salles médicales et chirurgicales sont annexées à ce Musée et ce ne sont pas les moins intéressantes, car elles présentent, outre une collection d'estampes et de gravures, des pièces anatomiques, au nombre de plusieurs centaines, recueillies toutes sur le vivant et montrant les lésions anatomiques les plus rares et les plus belles.

XXe croisière médicale franco-belge : Egypte, Palestine, Syrie, Pâques 1935. — La XXe croisière médicale franco-belge s'effectuera pendant les vacances de Pâques 1935, du 12 au 28 avril, par le paquebot de luxe *Sphinx* (1 5000 tonnes) des Messageries maritimes.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Tel Aviv, Jérusalem, Bethléem), Beyrouth (Baalbeck, Damas), Caïffa (Nazareth et Tibériade), Alexandrie, Marseille.

Les tarifs spécialement réduits, ont été fixés, excursions comprises, à 5 400 fr. français en 1re classe et 3 500 fr. français en 2e classe, tarifs sur lesquels les médecins et leurs familles (femmes et enfants mineurs célibataires) bénéficieront d'une réduction de 5 p. 100 (cinq pour cent).

Les prix ci-dessus indiqués comprennent tous les frais de Marseille à Marseille : parcours maritime dans la classe choisie, — excursions pendant les escales, — séjour à terre dans des hôtels de premier ordre (boisson exclue), — entrée dans les mosquées, musées et monuments, — pourboires aux guides et dans les hôtels, etc...

Ajoutons que *le voyage s'effectuera quel que soit le nombre des participants* et que les touristes qui, de Beyrouth, désireraient rentrer à Marseille par la Méditerranée-Nord (Tripoli de Syrie, Chypre, Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée, Naples), pourront le faire moyennant un supplément de faible importance.

Ils prendront alors à Beyrouth, le 25 avril, le *Théophile Gautier*, lequel arrivera à Merseille le 7 mai.

Durant le séjour à Beyrouth, du 22 au 25 avril, séjour qui demeurera naturellement à la charge des passagers, une excursion facultative à Homs, Hama et Alep ou à Palmyre pourra être organisée pour eux.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser de la part de *Paris médical* à la Section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

L'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.). — Dans la 9e session (septembre 1934), présidée par M. Vuillemin (Suisse), assisté de M. Decourt (France) — 14 nations étaient effectivement représentées — la résolution suivante a été votée à l'unanimité :

La situation actuelle des opticiens vis-à-vis des oculistes. — 1° Les vices de réfraction doivent être considérés au point de vue du traitement comme des maladies ;

2° Le traitement des maladies de l'œil, compris les vices de réfraction, doit être réservé aux médecins. La prescription des verres doit être faite seulement par ceux-ci ;

3° Les non-médecins, qui traitent les vices de réfraction et les autres maladies de l'œil indépendamment des médecins, doivent être considérés comme pratiquant l'exercice illégal de la médecine ;

4° Nul enseignement des maladies de l'œil ne doit être donné dans les écoles d'apprentissage ou de perfectionnement destinées aux opticiens ;

5° Si un médecin est cependant appelé à donner dans ces écoles certaines notions élémentaires sur l'anatomie et la physiologie de l'œil normal, le dit médecin doit régler son enseignement de telle façon que, dans aucun cas, l'opticien ne puisse être tenté de se ubstituer au médecin pour quelque traitement que ce soit ;

6° Le danger, pour les malades, de telles pratiques doit être souligné et réprimé ;

7° Il serait de l'intérêt des malades et des caisses d'assurances-maladie que celles-ci ne soient pas autorisées à payer tous verres non prescrits par un médecin, sauf en cas de renouvellement pur et simple.

Syndicat national des spécialistes de l'appareil respiratoire (S. A. R.). — Vœux et motions adoptés par le conseil d'administration et l'assemblée générale du 11 novembre 1934.

1° *Philanthropie déplacée dans certains sanatoriums* : Le S. A. R. émet le vœu que les sanas publics ou appartenant à des œuvres reconnues d'utilité publique, et bénéficiant à ce titre d'exonérations fiscales et du concours financier de la collectivité, cessent d'hospitaliser sous prétexte de philanthropie les malades aisés et de faire ainsi aux médecins et établissements libres une concurrence déloyale, et qu'ils limitent strictement leur activité

NOUVELLES *(Suite)*

à la clientèle nécessiteuse pour laquelle l'œuvre a été créée à l'origine.

2° *Contrôle des assurés sociaux tuberculeux par les dispensaires* :

L'A. G. admet la surveillance des assurés sociaux tuberculeux par les dispensaires au point de vue prophylactique, mais *repousse tout contrôle technique* fait par ces organes au profit des Assurances sociales.

3° *Assurés sociaux tuberculeux en cure libre* :

Le S. A. R. émet le vœu que les assurés sociaux tuberculeux en cure libre continuent à être l'objet d'une surveillance prophylactique de la part des dispensaires, mais que ces organismes ne se chargent *d'aucun contrôle* au profit des Assurances sociales.

4° *Documents radiologiques et secret professionnel* :

Le S. A. R. considère toute remise directe ou tout dépôt de documents radiologiques à une administration comme violation du secret professionnel.

Ces vœux et motions ont été transmis au conseil de la Confédération des syndicats médicaux français par la voie du groupement des Syndicats nationaux des médecins spécialisés.

Le secrétaire général : Dr Eber.

Ligue française contre le rhumatisme (*Secrétariat-trésorerie* : 3, avenue du Président-Wilson, Paris-XVIe). — La prochaine réunion clinique aura lieu le *vendredi 14 décembre, à 10 heures*, à l'hospice de Bicêtre, service du professeur Alajouanine.

Ordre du jour : 1° Altérations ostéo-articulaires d'origine nerveuse : analogie morphologique avec les affections ostéo-articulaires, nécessité d'un examen neurologique.

Présentation clinique et radiologique de nombreux cas d'altération ostéo-articulaire secondaire :

a) à des lésions nerveuses périphériques ;

b) à des lésions médullaires ;

c) à des lésions cérébrales.

2° Retentissement sur les muscles et les nerfs des affections ostéo-articulaires, qui, reléguées au deuxième plan, peuvent être méconnues si l'on n'explore pas systématiquement les articulations voisines.

a. Atrophies musculaires, réflexes, quadriceps (arthrite du genou), du deltoïde (arthrite de l'épaule).

b. Sciatique et arthrite chronique de la hanche. Sciatique et arthropathies lombaires.

c. Paralysie du cubital et lésions du coude.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur F. Terrien a recommencé ses leçons cliniques, le vendredi à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre Dupuytren.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : consultation expliquée. — Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : opérations ; à 10 heures : enseignement des stagiaires. — Les lundis, à 10 h. 30 : présentation de malades. — Les vendredis, à 10 h. 30 : leçon clinique. — Les samedis, à 10 heures : examens de laboratoire.

Enseignement pour les stagiaires (*conférences pratiques*). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Veil, Renard, Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, MM. Dumont, Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, a commencé le jeudi, à 10 heures, une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques. — M. le professeur Strohl, MM. Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1934, janvier, février, mars 1935, une série de conférences sur *quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie*.

Cours de prophylaxie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Renard et de Mlle S. Braun, fera à l'École de puériculture, en juin et juillet 1935, un cours en 5 leçons sur la *prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance*.

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé, et M. Tournay, commenceront en février-mars 1935, un cours en 15 leçons sur les *manifestations oculaires des maladies du système nerveux*. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern, et de MM. Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, Renard, Goulfier, J. Blum, Dolfuss, Hudelo, Mlle S. Braun et M. Dumont, fera, en mai et juin 1935, un cours de *technique ophtalmologique* (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle Braun, feront, pendant le mois d'octobre 1935, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1935 un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ohtalmologie avec exercices pratiques.

Cours de puériculture. — M. B. Weill-Hallé, directeur, chargé de cours, a commencé son enseignement le mercredi 14 novembre 1934, à 16 heures, à *l'École de puériculture*, 26, boulevard Brune (XIVe) et le continue les mercredis suivants à la même heure.

Programme du cours. — *Le mercredi à 16 heures*. — La puériculture et son programme. La croissance de l'enfant. Étude de la nutrition aux différents âges de l'enfance. La protection de l'enfance contre la tuberculose : méthode générale et vaccination par le BCG.

Le mercredi à 15 heures. — Démonstrations pratiques de diététique par M. le Dr Detrois, ancien interne lauréat en pharmacie, chef du laboratoire.

Le samedi à 15 heures. — Consultation de prophylaxie antituberculeuse.

Le mercredi à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades, annexe Henri-Roger). — Consultation de nourrissons.

II. *Enseignement préparatoire au diplôme de puériculture*. — Le cours complémentaire préparatoire au diplôme de puériculture aura lieu sous la direction de MM. les pro-

NOUVELLES *(Suite)*

fesseurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Dr Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les professeurs Gougerot, Terrien et Lemaître :

Puériculture avant et après la naissance. Hygiène individuelle et collective (gestation, première et deuxième enfance) ; hygiène scolaire, médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Organisation administrative et médico-scoiale de la protection de la maternité et de l'enfance.

Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, et aux docteurs en médecine français et étrangers. Il a commencé le 1er décembre et comprend :

1° Des stages dans les services de cliniques obstétricales et pédiatriques.

2° Des cours théoriques et des démonstrations organisés avec la collaboration de MM. les Drs : Lévy-Solal, agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine ; Lacomme, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière ; Turpin, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chailley-Bert, agrégé ; Marcel Pinard et Benda, médecins des hôpitaux ; Paul Boncour, Vitry, Hallez, Mlle Vogt, anciens chefs de clinique ; Baize, chef de clinique ; Detrois, chef de laboratoire à la Faculté ; Trèves, Papaioannou, Renard, Mme Braun-Wllon, anciens internes des hôpitaux ; Halphen, agrégé, et Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Frey, chargé de cours, et Ruppe, stomatologiste des hôpitaux ; Cavaillon et Leclainche, chefs de services au ministère de la Santé publique ; Bing, médecin-inspecteur des écoles.

NOTA. — Pour tous les renseignements et les inscriptions au cours complémentaires, s'adresser au secrétariat de l'École de puériculture, 26, boulevard Brune.

Psychiatrie médico-légale (Faculté de droit). — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours de psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le jeudi 6 décembre à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continue tous les jeudis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — Jeudi 13 décembre : Capacité pénale. — Jeudi 20 décembre : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 10 janvier 1935 : Réactions antisociales des toxicomanes. — Jeudi 17 janvier : Réactions antisociales des déments. — Jeudi 24 janvier : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 31 janvier : Réactions antisociales des déséquilibrés. — Jeudi 7 février : L'homicide pathologique. — Jeudi 14 février : Limites du vol morbide. — Jeudi 21 février : Attentats aux mœurs. — Jeudi 28 février : Criminalité, juvénile, militaire et coloniale.

Institut de criminologie, placé sous la direction scientifique de la Faculté de droit et la Faculté de médecine (conformément à l'article premier du décret du 26 juillet 1922).

PROGRAMME DES COURS. — *Section de droit criminel.* — Les cours ont lieu à la Faculté de droit.

Droit pénal spécial. Les crimes et délits contre l'État : M. Donnedieu de Vabres, professeur à la Faculté dr droit, mardi, à 17 h. 50 (Amph. III).

Droit pénal spécial. Les crimes et délits contre les particuliers : M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit, mardi à 16 h. 45 (Amph. III).

Droit criminel approfondi et comparé. Questions choisies touchant la répression des faux, de l'escroquerie et de l'abus de confiance : M. Donnedieu de Vabres, professeur (Amph. V), mardi et jeudi, à 8 h. 45.

Procédure criminelle. M. Carrive, avocat général à la Cour d'appel : jeudi, à 18 heures (salle de conférences de l'Institut de criminologie).

Médecine légale. M. le Dr Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine : jeudi, à 17 heures (salle de conférences de l'Institut de criminologie).

Médecine mentale. M. le Dr Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 15 (Amph. III).

Section de science pénitentiaire. — Les cours ont lieu à la Faculté de droit.

Science pénitentiaire. M. Mossé, inspecteur général des services administratifs : lundi, à 17 heures (salle de conférences de l'Institut de criminologie).

Régime pénitentiaire. M. Mercier, juge au tribunal de Dijon : les premier et troisième samedi de chaque mois, à 15 h. 30 (salle de conférences de l'Institut de criminologie)

Régime pénitentiaire (deux conférences). M. Dufour, directeur de la prison de Fresnes, et M. Gilbert, directeur de la prison de la Santé.

Procédure criminelle. M. Carrive, avocat général à la Cour d'appel : jeudi, à 18 heures (salle de conférences de l'Institut de criminologie).

Médecine légale. M. le Dr Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine : jeudi, à 17 h. (salle de conférences de l'Institut de criminologie).

Médecine mentale. M. Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine : lundi, à 11 h. 15 (Amph. III).

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle. — Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Médecine légale. M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, et M. le Dr Piédelièvre, agrégé : de novembre à février, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 heures.

Médecine du travail et maladies professionnelles. M. le Dr Duvoir, agrégé (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle).

Pathologie mentale. M. Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine : au mois de mars 1935, à 18 heures (consulter l'affiche spéciale).

Législation et jurisprudence médicales. M. le professeur Hugueney : de novembre à février, le samedi, à 18 heures.

A L'ASILE SAINTE-ANNE. — Clinique psychiatrique. M. le professeur Henri Claude : les mercredis, samedis et dimanches matin, à 10 h. 30.

Examen des malades et rédaction de rapports. M. le Dr Ceillier, médecin-expert : le jeudi, à 15 h. 30.

A L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — *Travaux pratiques* (pendant toute l'année).

Autopsies. M. le professeur Balthazard : le mercredi, à 14 heures ; M. le Dr Piédelièvre, agrégé : le lundi, à 14 h. ; M. le Dr Dervieux, chef des travaux, : le vendredi, à 14 heures.

Médecine légale. MM. les Drs Dervieux et Piédelièvre : à partir du 1er janvier, le lundi à 15 heures.

NOUVELLES (Suite)

Toxicologie. M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, directeur du laboratoire de toxicologie : le vendredi, à 15 heures.

Pour le détail des cours, consulter l'affiche spéciale.

Section de police scientifique. — Les cours ont lieu à l'Institut médico-légal (place Mazas).

Organisation de la police. M. Lafont, docteur en droit, commissaire de police de Paris et du département de la Seine.

Médecine légale générale. M. le professeur Balthazard, professeur à la Faculté de médecine ; MM. les Drs Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et M. le Dr Dervieux, chef des travaux.

Médecine légale psychiatrique (anthropologie criminelle). M. le professeur Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine ; MM. les Drs Lévi-Valensi, Heuyer et Ceillier.

Police scientifique. M. Sannié, agrégé à la Faculté de médecine, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police.

Pour le détail des cours, consulter l'affiche spéciale. (Le cours n'aura lieu que s'il s'inscrit un nombre suffisant d'auditeurs.)

Les inscriptions doivent être prises : pour la section de droit criminel et la section de science pénitentiaire, à la Faculté de droit, du 4 au 9 décembre, de 14 à 16 heures ; pour la section de médecine légale et de psychiatrie criminelle et la section de police scientifique, à la Faculté de médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 francs pour l'année scolaire. Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de droit, soit à la Faculté de médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Son perçus en outre :

Section de droit criminel ou section de science pénitentiaire : 2 droits semestriels d'exercices pratiques à 100 francs, soit 200 francs ; 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 50 francs.

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle : 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, soit 400 francs ; 1 droit d'examen, 20 francs.

Section de police scientifique : 1 droit d'études, 60 francs ; 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme), 20 francs.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1935.

AVIS. — On demande un squelette complet, monté et en bon état. Adresser offres au bureau de *Paris médical* qui transmettra.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris.— 4 *Décembre.* — M. BARRÈRE-CASSAGUET, La strangulation à la main. — M. SZUMLANSKI, La main de l'homme et la main du singe (considérations sur leurs empreintes. Essai d'interprétations médico-légale et zoologique). — M. WIEDERKEHR, Contribution à l'étude des répercussions de la septicité bucco-dentaire sur la puerpéralité.

6 *Décembre.* — M. LEDUC, Indications et contre-indications du transport par avion, dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crâne.

8 *Décembre.* — M. EBNER, Etude de la pathologie et de l'étiologie des tuberculoses cutanées. — M. ROUET, La pratique de la vaccination jennérienne.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clicique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

8 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

9 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr BARIÉTY : L'amylose.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Ecole de stomatologie (20, passage Dauphine). Concours pour trois places de démonstrateurs de clinique stomatologique.

10 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Inscription maritime. Dernier délai d'inscription des candidats à l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Dernier délai d'inscription pour le voyage dans les Alpes françaises organisé par le Dr Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

10 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Hôtel-Dieu, 8 h. 30. Concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

10 DÉCEMBRE. — *Montevideo.* Congrès panaméricain de tuberculose.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Concours pour le poste de médecin-chef du service de neuropsychiatrie à l'hôpital civil français de Tunis.

10 DÉCEMBRE. — *Clermont (Oise).* Concours de l'internat de la maison de santé interdépartementale de Clermont.

10 DÉCEMBRE. — *Paris.* Faculté de médecine. Midi à 15 heures : Consignation pour la session de réparation de février.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpiral Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

11 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MARCEL LABBÉ : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures, M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Les syndromes hypophysaires en médecine infantile.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique.

12 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés. Clinique de la première enfance. M. le professeur LEREBOULLET, 10 h. 45 : L'hydrocéphalie.

NOUVELLES *(Suite)*

12 DÉCEMBRE. — *Alger.* Gouvernement générale de l'Algérie. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin-adjoint de l'hôpital de Menerville.

13 DÉCEMBRE. — *Saint-Maurice (Seine).* Concours de l'internat de l'asile national des convalescents.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers, 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale thérapeutique de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Gangrène du membre supérieur chez un diabétique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris,* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

13 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique thérapeutique médicale de la Pitié : 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Hémorragie méningée curable des jeunes sujets.

14 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

14 DÉCEMBRE. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

14 DÉCEMBRE. — *Limoges.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

14 DÉCEMBRE. — *Rennes.* Clôture du registre d'inscription pour le concours de professeur suppléant de botanique à l'École de médecine de Rennes.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai des candidatures à des postes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Paris.

15 DÉCEMBRE, — *Paris.* Maison de santé du gardien de la paix. Clôture des inscriptions pour les candidatures aux postes d'interne de la maison de santé du gardien de la paix.

15 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Palais d'hiver. Bal annuel de l'internat.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr DEVRAIGNE : La môle hydatiforme.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Coucours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe), 20 h. 30. M. le Dr LEGRAIN : Le crime de la stérilisation. M. le Dr ELIET : Exposé général de la médecine naturelle.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Inscription maritime. Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints Pères), 10 heures. M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE : L'infra-clinique.

25 DÉCEMBRE. — *Le Mans.* Dernier délai pour le concours de médecin contrôleur de l'Union des caisses d'assurances sociales de la Sarthe. Inscriptions chez M. Garczynski, président de l'Union des caisses, Le Mans.

31 DÉCEMBRE. — *Alger.* Clôture du concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Dernière limite d'envoi des monographies au secrétariat général d'hygiène, 17, rue Brue, à Alger.

31 DÉCEMBRE. — *Genève* (Secrétariat général du Congrès des maladies et accidents du travail). Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix de mille francs suisses pour récompenser une étude sur les accidents du travail.

HYGIÈNE PRATIQUE

IL EST INDISPENSABLE QU'UN MALADE SOIT BIEN COUCHÉ

On peut sourire de ce titre, qui semble énoncer une belle naïveté ! Qui ne songe tout de suite à assurer à un malade un couchage parfait ?

Sans doute, mais vouloir et pouvoir sont deux. En réalité, il a été, jusqu'à nos jours, presque impossible de coucher un malade comme il doit l'être, aussi bien dans l'intérieur le plus riche que dans l'hôpital ou la clinique les plus modernisés. Et cependant le retour rapide à la santé, parfois même le retour à la vie, dépendent d'un couchage vraiment parfait.

Combien de malades passent des nuits blanches, sans qu'en réalité leur insomnie soit provoquée par leur maladie ou par l'affection dont ils souffrent. Certes beaucoup de ces maladies et de ces affections entraînent des troubles du sommeil. Mais ces insomnies-là sont justiciables du médecin ; par médication, psychothérapie, régime, hydrothérapie, etc., il apportera un remède à ces troubles.

Mais que de causes d'insomnie ne sont pas personnelles au malade, et ne proviennent que de son lit, tout simplement !

Le simple fait de se tourner et retourner dans son lit, avec le tassage de la laine qu'il provoque, finit par faire de la couche du malade une vraie « couche de misère ». De ceci souffrent tous ceux qui sont condamnés à rester alités quelques jours. On a beau refaire le lit — quand, bien entendu, il est possible de « bouger » le malade ; au bout de quelques heures tout est à recommencer. Si le pauvre malade souffre de « douleurs » comme dans l'arthritisme, les rhumatismes, la sciatique, il ne sait comment se coucher et endure une véritable torture.

Ne craignons pas d'entrer dans les détails intimes. Qui de nous, hélas, ne les connaît. Le matelas d'un malade a tendance à s'échauffer ? Les fièvreux lui communiquent eur température élevée ; la transpiration maintenue au contact du corps le glace ou le brûle tour à tour, les frissons de fièvre sont par là accentués.

Le manque d'aération du matelas, en même temps que l'humidité et la chaleur du corps, communique fréquemment au lit une très mauvaise odeur dont souffrent non seulement le malade, mais encore ceux qui le soignent ou l'approchent.

Enfin, et c'est là un des graves défauts des matelas de crin ou de laine, leur entretien est très difficile. Les poussières s'y accumulent en dépit des soins minutieux et des battages répétés. Certaines catégories de malades en souffrent plus que d'autres : ceux qui sont atteints d'asthme et de rhume des foins. Rien en effet n'est irritant comme les poussières ; parfois non seulement des poussières mais encore de menues particules de crin ou de plume, envahissent leurs muqueuses et aggravent bien douloureusement leur mal.

On voit donc que la question du coucher des malades n'est pas aussi simple qu'on peut le croire.

Que d'inventions pour la résoudre et que d'échecs ! On a pensé à donner aux malades des matelas à air ou à eau. Mais ces matelas sont d'une manipulation difficile et ils présentent divers inconvénients provenant du caoutchouc dont ils sont faits ; l'inconvénient grave que l'air ne circule pas dans leur masse et que très souvent ils sont froids et humides ; ajoutons qu'aussi ils répandent une odeur bien désagréable à des odorats délicats.

Il faut donc louer comme un incomparable progrès dans le secours aux malades, dans leur bien-être pourrait-on presque dire, le fait que, grâce à des procédés spéciaux, on est arrivé à fabriquer une substance aussi précieuse que le « Dunlopillo ». Tous les inconvénients très graves qui viennent d'être rappelés ont disparu. En effet, le « Dunlopillo » est fait avec du « latex » longuement battu et vulcanisé ensuite dans des moules qui ont la forme des objets à créer, des coussins, des rembourrages, des matelas, etc. Le caoutchouc ainsi obtenu garde une porosité complète qu'il doit aux bulles d'air qu'y a fait entrer le fouettage. Il en résulte que les mouvements mêmes du coucheur sur « Dunlopillo » provoquent une aération continuelle du matelas qui supprime à la fois l'échauffement, les mauvaises odeurs et l'humidité.

Cette circulation constante de l'air dissipe naturellement l'humidité du corps. Les malades y trouvent un apaisement incomparable. Leur repos s'accroît aussi du fait qu'un matelas en « Dunlopillo » offre au poids du corps une « résistance souple » ; il ne se creuse, temporairement, que sous ce poids. Mais il ne se déforme jamais et garde toujours une surface parfaitement douce, stable, lisse.

On voit combien appréciable est une telle invention pour tous les malades qui souffrent de rhumatismes, de douleurs articulaires, de troubles cardiaques, qui sont obligés de garder le lit longtemps.

Et pour les phlébiteux, quel secours qu'un matelas qu'on n'a jamais ni à retourner ni à battre !

Aussi constate-t-on déjà que de nombreux hôpitaux (l'Assistance publique, Lariboisière, Colmar, Limoges, Vierzon, Blida, Alger, Oran, l'hôpital américain de Neuilly, etc.) ont adopté le matelas « Dunlopillo », et l'on a parfois entendu des malades, revenus à la santé, dans ces maisons de santé modèles, et rentrés chez eux, regretter — quoi ?... — le lit qu'ils y avaient laissé !

REVUE DES CONGRÈS

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

(*Québec, 27-30 août 1934.*)

Président : M. le professeur A. PAQUET.

Président-adjoint : M. le professeur E. SERGENT.

TROISIÈME QUESTION

PREMIER RAPPORT.

Les états hypoglycémiques.

Physiopathologie des états hypoglycémiques. — M. J. LA BARRE (Bruxelles). — La teneur en sucre du sang a été longtemps considérée comme inconstante. En réalité elle est normalement comprise chez l'homme entre 0,08 et 0,11 p. 100, et ne subit que quelques variations. La glycémie normale dépend d'éléments multiples grâce auxquels l'organisme arrive à compenser rapidement toute réaction hyper ou hypoglycémique.

Les états hypoglycémiques sont sous la dépendance de trois mécanismes qui semblent conditionnés par le fonctionnement des glandes endocrines : la diminution de la glycogénolyse, la destruction exagérée des glucides dans les tissus ou le sang circulant, l'augmentation de la formation du glycogène hépatique et musculaire qui diminue le taux en glucose du sang. L'étude des affections au cours desquelles on observe des altérations de la régulation glucidique montre l'importance du rôle exercé par la plupart des sécrétions internes sur la sécrétion insulinienne. Mais la complexité des facteurs hormonaux et nerveux ne permet pas toujours d'établir avec précision l'origine des manifestations hypoglycémiques.

Leur symptomatologie présente, quelle que soit leur origine, des points communs : sensations d'irritation et d'angoisse, de fatigue et de faiblesse, troubles nerveux. Les palpitations et l'anxiété précordiale peuvent provoquer une véritable crise angineuse. D'ailleurs, la chute brusque de la teneur en sucre du sang s'accompagne chez l'homme et chez l'animal insulinés de modifications de l'électrocardiogramme. L'hypotension s'installe lorsque la glycémie subit une chute de 600 à 700 milligrammes par litre de sang. Quand elle atteint des valeurs très basses, on la voit fréquemment se relever par hyperadrénalinémie. L'hypercontractilité que l'on observe expérimentalement sur l'estomac à la suite d'administration d'insuline est bien due à l'hypoglycémie, car une injection de dextrose ramenant la glycémie à la normale la supprime instantanément. Il s'y ajoute une hyperactivité gastrique avec vive sensation de faim. Il semble que l'on doive rattacher également à l'hypoglycémie l'hypersécrétion gastrique qui se produit sous l'effet de l'insuline. Quant au coma hypoglycémique, il peut survenir, soit au cours d'états pathologiques entraînant une hypertrophie du système de Langerhans, soit après administration de substances hypoglycémiques.

Parmi les différentes causes des états hypoglycémiques, il faut avant tout signaler celles qui sont d'origine insulinienne. Les relations existant entre le pancréas et les diverses glandes endocrines permettent de penser que certains phénomènes hypoglycémiques sont dus à une exagération de l'insulino-sécrétion. La physiopathologie des états hypoglycémiques doit aborder successivement les modifications de la sécrétion insulinique au cours des hyperactivités surrénales, rétro-hypophysaires, thyroïdiennes et parathyroïdiennes.

On connaît l'existence de l'hyperinsulinémie adrénalinique et, bien avant la découverte de l'insuline, on avait pressenti la possibilité d'un antagonisme entre l'action hyperglycémiante de l'adrénaline et les effets hypoglycémiants de la sécrétion interne du pancréas. Cette hyperglycémie provoque une réaction insulino-sécrétoire suivie d'un effet hypoglycémiant. Il est probable que les effets des hormones pancréatique et surrénale sur le métabolisme des glucides s'opposent de manière à assurer la fixité glycémique de l'organisme.

L'hyperinsulinémie rétro-hypophysaire est difficile à étudier parce que les extraits hypophysaires stimulent l'activité de nombreuses glandes dont les sécrétions peuvent entraîner des modifications du métabolisme glucidique. En particulier, les variations de la teneur en dextrose du sang sous l'influence de l'extrait post-hypophysaire ne sont pas identiques selon que l'on exclut ou non les glandes adrénalinogènes. L'extrait rétro-hypophysaire paraît exercer un effet direct sur la fonction endocrine du pancréas par l'intermédiaire d'un principe hypertenseur (pitressine).

On ne peut exclure toute intervention du corps thyroïde dans la régulation de la glycémie à l'état normal, et l'injection intraveineuse de très fortes doses de thyroxine influence l'insulino-sécrétion sans l'intervention d'une hyperadrénalinémie préalable.

Il faut signaler que les rayons X déclenchent des états d'hypoglycémie qui reconnaissent comme cause une hyperinsulinémie post-adrénalinique. Enfin, les extraits parathyroïdiens augmentent les effets hypoglycémiants de l'insuline.

Mais il existe des états hypoglycémiques qui se produisent en l'absence de tout accroissement de l'insulino-sécrétion, par modifications dans le fonctionnement de diverses glandes. Les observations sont encore contradictoires au sujet des modifications glycémiques consécutives à l'insuffisance thyroïdienne. L'hypoglycémie y apparaît comme rare et non proportionnelle à la gravité des symptômes de déficience observés.

Le rôle de l'insuffisance hépatique a été très étudié. On sait que l'hépatectomie entraîne, en général, la mort chez l'animal en neuf à douze heures avec chute progressive de la glycémie. Mais celle-ci est évitée lorsqu'on laisse en place un fragment de l'organe. Chez l'homme, les lésions anatomiques profondes du foie sont susceptibles de provoquer des phénomènes convulsifs graves par baisse importante du sucre sanguin.

La surrénalectomie double entraîne, elle aussi, une hypoglycémie progressive que l'on observe également au cours des insuffisances surrénales. Ces troubles dépendent de la déficience des extraits corticaux.

Enfin, on tend à revenir à la conception de Cushing qui considère l'hypofonctionnement hypophysaire comme susceptible de provoquer une augmentation de la tolérance aux glucides.

L'hypoglycémie peut être due encore à des troubles

musculaires, dyseptiques, infectieux, toxiques, ou à des brûlures étendues.

Les modifications de la glycémie tendent à être immédiatement compensées par l'intermédiaire de facteurs endocriniens ou nerveux. Le premier mécanisme consiste en une décharge d'adrénaline à action hyperglycémiante. C'est ainsi qu'il existe une augmentation post-insulinique de l'adrénalinémie, qui s'accentue au fur et à mesure des progrès de l'hypoglycémie. On peut y mettre fin en relevant brusquement la glycémie par une injection intraveineuse de dextrose. Mais l'efficacité de ce processus est subordonnée à l'existence de réserves glycogéniques importantes. Le second mécanisme est l'intervention frénatrice du système nerveux sur la sécrétion d'insuline. Au cours des hypoglycémies, il est sollicité très rapidement à réagir pour rétablir le taux normal en sucre dans le sang circulant. On peut d'ailleurs déceler la présence de centres glyco-sensibles dans la région thalamique.

De nombreuses substances ont été proposées pour abaisser la glycémie. Parmi elles, c'est naturellement l'insuline qui vient en premier lieu.

Le mécanisme de son action est double. La diminution du sucre sanguin paraît due surtout chez l'animal normal à une augmentation du glycogène musculaire. Mais cette synthèse glycogénique ne se produit que pour de faibles hyperinsulinémies. Lorsque la chute glycémique coïncide avec un état préconvulsif, il existe une diminution glycogénique, hépatique et musculaire, due à la forte décharge compensatrice d'adrénaline.

La synthaline possède des propriétés hypoglycémiantes, surtout parce qu'elle provoque une hyperinsulinémie en stimulant le système parasympathique.

On a également extrait de la muqueuse duodénale une substance, l' « Incrétine », qui s'est montrée hypoglycémiante chez l'animal de laboratoire.

D'autres substances dont la myrtilline, les sels de nickel et de cobalt, la vitamine B et les extraits hépatiques agissent indirectement sur la glycorégulation. La myrtilline peut, dans certaines conditions, intervenir dans le métabolisme hydrocarboné. Le nickel et le cobalt ont peu d'action. La vitamine B donne des résultats inconstants. Enfin, les extraits hépatiques peuvent amener des améliorations du diabète comparables à celles observées après administration de faibles doses d'hormones pancréatiques.

La radiothérapie à faible dose (100 à 200 R) peut provoquer un certain effet hypoglycémique. C'est un traitement à réserver aux formes légères du diabète.

Il faut insister sur la rapidité avec laquelle le système nerveux est sollicité, au cours des hyperglycémies, à réagir pour rétablir par une exagération de l'insulinosécrétion un taux normal en sucre dans le sang circulant. En dehors de l'influence régulatrice humorale, l'activité glandulaire se trouve donc aussi sous le contrôle du système nerveux, ce qui explique qu'au cours du traitement des diabétiques par l'insuline, on ne constate pas toujours le même effet hypoglycémique avec de mêmes doses d'hormone pancréatique.

Reste l'influence de l'alimentation protéique sur la fonction pancréatique endocrine. L'inconstance des résultats thérapeutiques après administration d'agents hypoglycémiants divers doit être fréquemment en rapport avec l'influence synergique ou antagoniste que le régime protéique ou glucidique peut exercer sur l'insulino-sécrétion par un mécanisme hormonal (sécrétion d'adrénaline) ou nerveux.

On voit donc l'importance des interdépendances existant au point de vue de l'équilibre glycémique entre la fonction hépatique et l'ensemble des glandes à sécrétion interne. On commence à peine à entrevoir la complexité des processus humoraux et nerveux qui interviennent pour assurer la fixité du taux en glucose du sang.

Deuxième rapport.

Les états hypoglycémiques en clinique. — MM. Marcel Labbé et R. Boulin (Paris). — L'hypoglycémie n'est pratiquement étudiée que depuis l'insuline qui permet de la réaliser à coup sûr. Le jeune âge, une dénutrition excessive, la tuberculose pulmonaire, le diabète bronzé, souvent invoqués, ne paraissent pas prédisposer à l'hypoglycémie. La polyurie hypophysaire, la maladie de Basedow, la sclérose rénale, les périodes menstruelles, en favorisent l'apparition.

L'acétonurie rebelle, certains diabètes avec instabilité glycémique ou associés à un abaissement du seuil rénal du glycose doivent inviter à la prudence, car l'augmentation des doses d'insuline mène alors facilement à l'hypoglycémie. Enfin, si la ration d'insuline a été augmentée à l'occasion d'une infection, il faut, celle-ci terminée, la diminuer pour les mêmes raisons.

Dans la règle, les diabétiques les plus exposés sont ceux qui reçoivent de fortes doses d'insuline réparties en un petit nombre d'injections trop rapprochées.

Il faut rappeler le rôle provocateur de certains incidents : suppression de la sécrétion rénale au cours d'un coma diabétique, vomissements, surmenage musculaire, erreur de posologie, enfin et surtout erreur de diagnostic, un coma chez un diabétique étant pris pour un coma diabétique, et recevant des rations élevées d'insuline. En dehors du diabète, il est dangereux de traiter par l'insuline les vomissements incoercibles de la grossesse.

Les incidents d'hypoglycémie insulinique s'observent surtout par mauvaise technique d'administration, doses trop élevées, trop rapprochées, mal adaptées au régime. Le rôle des facteurs de prédisposition est rare en regard de celui des erreurs thérapeutiques.

Les accidents hypoglycémiques provoqués par l'insuline apparaissent dans le délai d'une demi-heure à cinq heures. Ils peuvent être très tardifs quand le malade a pris un repas important. Ils sont légers, de gravité moyenne, ou très sérieux. Les accidents légers, extrêmement communs, se manifestent par des sueurs abondantes, du malaise, du tremblement, des vertiges, de la pâleur, une faim impérieuse, des symptômes discrets d'excitation ou de dépression. Ils disparaissent par ingestion d'hydrates de carbone.

Les accidents de gravité moyenne sont beaucoup moins fréquents. Il s'agit parfois de la simple exagération des troubles précédents. Quand des symptômes nouveaux font leur apparition, ils intéressent surtout le système nerveux. Les phénomènes d'excitation sont les plus communs. Ils peuvent réaliser un véritable état d'agitation maniaque suivi d'amnésie. On peut observer des convulsions, plus fréquemment des myoclonies.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les paralysies sont rares ; la moins exceptionnelle est l'hémiplégie. Il existe parfois des contractures plus ou moins étendues. La tétanie, les troubles du langage, de la sensibilité, l'atteinte des noyaux centraux sont rares. La diplopie constitue un signe inconstant, mais très caractéristique. Enfin, la sensation de faim impérieuse et les troubles cardiaques sont fréquents. Il semble qu'on puisse mettre sur le compte de l'insuline certaines crises d'angor.

Les hémorragies paraissent rares au cours du traitement insulinique, et il n'est pas démontré qu'il puisse, à lui seul, en produire.

Le coma hypoglycémique est un accident actuellement rare, dont le tableau clinique est assez variable. Le début peut être brutal, apoplectiforme, ou à début rapide et quelquefois nocturne. Parfois, il est progressif. Le coma une fois constitué est plus ou moins profond ; les sueurs sont fréquentes, les globes oculaires ont une tonicité généralement normale, la respiration ne s'apparente nullement à la dyspnée de Cheyne-Stokes. L'examen du système nerveux ne montre parfois aucun signe objectif ; d'autres fois, il y a contracture localisée ; enfin, il existe souvent un signe de Babinski uni- ou bilatéral. Les convulsions localisées et les paralysies sont assez fréquentes. Les autres appareils sont peu ou pas touchés, le pouls est accéléré ; il y a en général de l'hypothermie.

Si la nature hypoglycémique du coma est reconnue, on obtient rapidement le retour de la conscience par simple injection de sucre. Dans quelques cas, le réveil n'est pas immédiat ; parfois, une véritable rechute nécessite une nouvelle injection. Les cas de mort chez les sujets traités sont exceptionnels.

Le diagnostic des accidents repose avant tout sur leur apparition dans les heures qui suivent une injection d'insuline. Il devient très difficile lorsque cette notion manque. Le coma diabétique constitue le diagnostic capital. Le début en est progressif, il n'y a pas de troubles moteurs, les réflexes sont normaux ou abolis, la dyspnée de Küssmaul est de règle, les urines contiennent du sucre, la glycémie est élevée. L'erreur est enfin possible avec le coma apoplectique et les divers comas toxiques.

L'hypoglycémie insulinique s'accompagne de modifications biologiques nombreuses. La glycémie est naturellement abaissée, le seuil clinique des accidents variant suivant les malades et d'un jour à l'autre. Il peut être situé entre 0gr,30 et 0gr,80. Dans l'ensemble, il y a parallélisme entre l'évolution de la glycémie et celle des accidents cliniques. La glycosurie est de règle ; l'acétonurie manque généralement. La réserve alcaline tend vers une élévation légère. Les modifications du *p*H sanguin sont très variables.

Enfin, on a signalé que la glycorachie s'abaisse lentement. L'urée sanguine est peu modifiée ; il y a généralement élévation du chlore plasmatique et abaissement du chlore globulaire. La cholestérinémie est diminuée. La tension artérielle est peu modifiée, la tension veineuse en augmentation. Il y a exagération de la consommation d'oxygène, de l'exhalaison de gaz carbonique et du quotient respiratoire, diminution du nombre des érythrocytes et augmentation des leucocytes.

Des recherches nombreuses ont été consacrées à l'étude de l'hypoglycémie consécutive à l'injection intraveineuse d'insuline. Cette épreuve permet de distinguer trois ordres de sujets :

Ceux chez qui l'abaissement de la glycémie oscille autour de 50 p. 100, ce qui constitue la sensibilité normale à l'insuline ; soit la plupart des sujets sains, certains diabétiques, des obèses, des hypertendus et les acromégales.

Un second groupe comprend les sujets qui, présentant un abaissement de 60 p. 100, ont à l'égard de l'insuline une sensibilité particulière. Il comprend surtout des cas de diabète insipide et d'insuffisance surrénale, certains basedowiens et quelques hyperparathyroïdiens ou insuffisants génitaux.

Le troisième groupe est composé des sujets chez lesquels l'abaissement de la glycémie n'atteint pas 40 p. 100, c'est-à-dire un certain nombre de cas de cirrhose, de diabète bronzé et de diabète compliqué d'infection.

L'insulino-résistance est un fait exceptionnel. Pour la caractériser à coup sûr il faudrait constater une absence totale d'action de l'insuline sur la glycémie, la glycosurie et l'acétonurie.

On a aussi décrit une insulino-résistance partielle se rapportant en particulier aux cas de diabète compliqués d'infection ou associés à une cirrhose du foie, enfin à quelques observations de diabète au cours de tumeurs hypophysaires. On a invoqué pour expliquer de tels cas l'hypothèse d'une neutralisation de l'insuline par des hormones hyperglycémiantes, par la trypsine sécrétée en excès, par des facteurs adsorbants divers, l'absence d'un coferment nécessaire, enfin l'inertie du système que contrôle l'insuline. Il y a là une question importante du point de vue spéculatif, mais qui pratiquement représente une éventualité rare.

Reste à savoir par quel mécanisme l'hypoglycémie peut aboutir à la production d'accidents. Certains auteurs ont montré que le taux de la glycémie déterminant les convulsions n'était pas aussi constant qu'on le croyait et que, d'autre part, il pouvait exister une grande hypoglycémie sans phénomènes cliniques. Aussi, serait-ce plutôt l'hyperinsulinisme qui serait en cause. Chacune des deux théories invoquées doit renfermer une part de vérité. L'hypoglycémie permettrait l'apparition des accidents, mais ceux-ci seraient surtout conditionnés par l'hyperinsulinisme.

Le traitement préventif des accidents de l'hypoglycémie insulinique consiste à ne faire les piqûres que quinze minutes avant les repas, à ne pas dépasser 20 unités d'insuline par injection, à proportionner les doses d'insuline aux quantités d'hydrates de carbone ingérées.

Le traitement curatif dépend de la gravité des accidents. S'ils sont légers, ils seront combattus par une alimentation sucrée ; en cas d'accidents plus sérieux, on fait absorber 20 à 50 grammes de glycose ou on pratique dans la veine une injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique.

On a proposé également d'injecter de la caféine et surtout de l'adrénaline. Dans quelques cas enfin, la ponction lombaire s'est montrée capable de dissiper les accidents.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

TROISIÈME RAPPORT.

Hypoglycémie spontanée. — MM. R. LEMIEUX et S. LEBLOND (Québec). — Le syndrome d'hypoglycémie spontanée peut être isolé ou se combiner à un ensemble pathologique. La symptomatologie présentée par certains malades soumis à de fortes doses d'insuline ressemble beaucoup aux manifestations observées chez l'animal après hépatectomie : faiblesse musculaire généralisée, tachycardie, polypnée, coma terminal. Chez les animaux en expérience, la chute de la glycémie est toujours proportionnelle à l'intensité des phénomènes morbides, et l'administration de glucose fait disparaître rapidement les signes cliniques. L'ablation simultanée du foie et du pancréas produit une hypoglycémie semblable à celle de l'hépatectomie isolée qui se réduit également par les injections de glucose. Enfin, après pancréatectomie, l'hyperglycémie ne peut apparaître que si le foie n'est pas touché. L'hypoglycémie peut également s'observer après ablation des capsules surrénales et après hypophysectomie.

Du point de vue pathogénique, on admet l'existence de deux grands systèmes d'action antagonistes qui maintiennent la teneur du sang en glucose. Le premier, hypoglycémiant, est représenté par le pancréas et sa sécrétion, l'insuline, dont le débit est soumis directement à l'action du pneumogastrique. Le deuxième, hyperglycémiant, est lié à l'action des surrénales, de la thyroïde, de l'hypophyse et dépend du sympathique. Enfin, des centres mésocéphaliques ou bulbaires président à la glycorégulation.

L'apport insuffisant des glucoses par l'alimentation, leur défaut de fixation, leur dépense brusque peuvent provoquer une glycopénie. L'hypoglycémie spontanée existe au cours des tumeurs du pancréas, des lésions des surrénales, des insuffisances hypophysaires, dans certains cas d'insuffisance ovarienne ou de sclérodermie, dans les vomissements cycliques et les convulsions des enfants.

Les symptômes de l'hypoglycémie spontanée sont maintenant bien établis. Les malaises commencent en général à apparaître quand le taux du sucre sanguin est de 0gr,70 par litre.

Il existe des hypoglycémies frustes et d'intensité moyenne ; d'autres sont graves et certaines mortelles.

L'hypoglycémie légère est fréquemment conditionnée par le jeûne, la fatigue, le travail ; elle se manifeste par une sensation de fatigue, de parésie, de difficulté à associer les idées. Mais c'est la faim qui en est surtout le symptôme révélateur. Elle s'accompagne souvent aussi de douleurs, de tremblements, de pâleur de la face, de céphalée, de vertiges et de palpitations. L'absorption de sucre ou d'aliments fait disparaître la crise.

Les mêmes symptômes se retrouvent dans l'hypoglycémie moyenne, mais le tremblement peut faire place à un véritable état convulsif. L'obnubilation y est fréquente. Quant à l'hypoglycémie grave, elle succède généralement à l'existence d'un état hypoglycémique léger déjà ancien. Elle se manifeste surtout quand le taux du sucre sanguin descend au-dessous de 0gr,50. Elle se caractérise par des accidents convulsifs ou psychomoteurs et par des pertes de connaissance suivies de convulsions, de délire et d'agitation maniaque qui surviennent souvent soit le matin au réveil, soit une ou deux heures avant les repas. Ils peuvent se terminer par la mort, dans un coma entrecoupé de convulsions.

De tels troubles éveillent l'idée d'une surproduction insulinique. Celle-ci serait due à une atteinte plus ou moins discrète du pancréas, par un traumatisme ou une infection.

L'hyperinsulinisme ne fait pas toujours sa preuve anatomo-pathologique. Cependant, l'hypoglycémie a pu être attribuée à une lésion connue du pancréas : hyperplasie simple des îlots de Langerhans ou adénome. Les adénomes du pancréas s'observent presque toujours chez des diabétiques et joueraient un grand rôle dans la production de l'hyperinsulinisme.

Le cancer du pancréas, s'il diminue la sécrétion externe de la glande, en exagère en général la sécrétion interne.

Dans quelques cas très rares, on peut rencontrer chez le même malade des alternatives d'hypoglycémie et de diabète, véritable dysinsulinisme.

On sait que le foie constitue le centre d'accumulation du glycogène. Qu'une diminution de cette réserve survienne, et l'hypoglycémie se produit par un apport insuffisant de sucre.

L'insuffisance hépatique banale suffit aussi pour la déterminer et dans ces cas le tableau clinique se manifeste surtout par de l'asthénie. Dans les hépatites toxiques graves et dans les tumeurs du foie, on observe des glycémies extrêmement basses. Toutefois, on a montré que 85 p. 100 du tissu hépatique peuvent être détruits sans déterminer de troubles hypoglycémiques. Il est probable que ces glycémies très basses sont sous la dépendance d'une atteinte fonctionnelle du parenchyme hépatique restant.

L'hypoglycémie signe donc un trouble profond du métabolisme des hydrates de carbone, par hypofonctionnement du foie ou par hyperfonctionnement du pancréas. La surrénale et l'hypophyse mobilisent le sucre par action probable sur le foie et contribuent au maintien de la glycémie normale.

L'hypoglycémie peut exister aussi au cours de la maladie d'Addison, et c'est également aux surrénales que l'on attribue son apparition au cours des maladies infectieuses.

Les troubles de fonctionnement de la région hypophyso-tubérienne déterminent souvent un syndrome hypoglycémique, et l'on connaît la sensibilité de tels malades à l'insuline. Certaines hypoglycémies sont rattachables à une influence ovarienne, et d'autres à des lésions des parathyroïdes.

Il en est qui peuvent s'observer quelquefois dans les affections nerveuses ou psychiques, en particulier au cours de l'encéphalite, ou paraissent jouer parfois un rôle dans le déterminisme de la crise épileptique.

Pendant la grossesse et la lactation, on a observé des cas dans lesquels un certain degré de glycopénie coïncidait avec des crises éclamptiques. L'hypoglycémie interviendrait pour une part dans le déterminisme des vomissements incoercibles de la grossesse, bien qu'on puisse la considérer comme une manifestation secondaire de l'auto-intoxication gravidique et non comme l'élément pathogénique des vomissements.

Elle peut accompagner un surmenage musculaire

---

intense et l'action toni-cardiaque du sucre associée à de légères doses d'insuline paraît indéniable dans certaines affections myocardiques.

Le syndrome hypoglycémique peut apparaître chez les enfants. Dans ces cas, on le rattache en général à l'état de jeûne ou au surmenage musculaire. Il coexiste aussi souvent avec les vomissements cycliques et les convulsions de l'enfance et serait alors sous la dépendance de la fièvre et du jeûne. Cependant, bien que les épreuves thérapeutiques se soient montrées concluantes dans la grande majorité des cas, pour certains auteurs il n'est que la conséquence des vomissements répétés et non leur facteur déterminant.

On a cité une hypoglycémie post-opératoire. Dans un certain nombre de cas, d'ailleurs, des injections de glucose sont susceptibles de faire disparaître les malaises des opérés.

Le traitement rationnel doit être préventif et curatif. Lorsque l'hypoglycémie est rattachable aux troubles du métabolisme des hydrates de carbone, à des déperditions considérables en glucides ou à un état d'hyperinsulinisme léger, l'alimentation doit être riche en hydrates de carbone. Les repas devront être multipliés et précéder de quelques minutes le moment habituel des manifestations pathologiques. D'autre part, un traitement glandulaire ou pluriglandulaire améliore parfois considérablement chez certains malades l'état hypoglycémique.

Quant à la crise elle-même, elle disparaît en général rapidement par administration de glucose, de maltose ou de dextrose. Il suffit souvent de donner des boissons sucrées ou du sucre en nature pour obtenir un résultat immédiat. Lorsque le malade est dans le coma et que la crise prend une allure grave, il faut pratiquer des injections intraveineuses de glucose. L'effet de ce traitement n'est inefficace que dans de rares cas de crises subintrantes et dues à une cause tumorale.

Aussi a-t-on pensé dans certains cas à pratiquer un traitement chirurgical en intervenant sur le pancréas. On a même pratiqué des pancréactectomies partielles sur des hypoglycémiques dont le pancréas ne paraissait pas anatomiquement lésé. L'hypoglycémie s'est légèrement améliorée sans que disparaissent complètement les manifestations morbides. Par contre, on a opéré avec grand succès des malades porteurs d'un adénome et même d'une tumeur carcinomateuse encapsulée du pancréas.

Hypoglycémie hypophysaire dans un cas d'infantilisme avec anorexie et cachexie. — M. Porot (Alger). — Il existe des troubles de la nutrition et des troubles métaboliques dans les atteintes hypophysaires, la maladie de Simmonds par exemple.

On a décrit récemment un type juvénile, observé à la puberté, caractérisé par de l'amaigrissement, de petits troubles psychiques, et des manifestations dysendocriniennes. Il y a des modifications du métabolisme de base et une tendance hypoglycémiante constante.

De l'hypoglycémie réactionnelle provoquée par les injections intraveineuses de solution glucosée hypertonique. — MM. Roch, Eric Martin, Fr. Sciclounoff (Genève). — Même introduits lentement dans le sang, 400 centimètres cubes de solution glucosée à 20 p. 100 donnent une hyperglycémie qui, à la fin de l'injection, dépasse généralement le taux de 3 p. 1 000 et peut même atteindre celui de 5 p. 1 000. La régulation physiologique se manifeste avec intensité de telle sorte qu'au bout d'une heure ou un peu plus, dépassant le but, elle amène une hypoglycémie de 0,6 ou même 0,5 p. 100. Cela entraîne souvent les symptômes habituels en pareil cas : sensations de faim et d'angoisse, tremblements, palpitations, sueurs. Une fois même, chez une malade ayant de l'insuffisance surrénale, il se produisit un coma hypoglycémique.

L'élimination par le rein joue un rôle très secondaire dans la production de cette hypoglycémie réactionnelle qui paraît provoquée, avant tout, par une stimulation des sécrétions internes du pancréas. C'est à cette stimulation qu'il faut vraisemblablement attribuer les bons effets des grandes injections intraveineuses de glucose chez les brightiques hypertendus et insuffisants cardiaques.

QUATRIÈME QUESTION

La pyrétothérapie.

Premier rapport.

Généralités. Agents pyrétogènes. Biologie. Mode d'action. — M. Ch. Richet fils (Paris). — M. von Jauregg réalisa le premier la malariathérapie dans la paralysie générale. Cette thérapeutique fut étendue ensuite à d'assez nombreuses affections. Puis on tenta de remplacer le paludisme par d'autres procédés pyrétogènes.

Actuellement, on emploie, surtout chez l'homme, la malaria en injectant 10 centimètres cubes du sang d'un paludéen et en arrêtant le paludisme vers le septième accès. D'autres auteurs préfèrent inoculer la fièvre récurrente, qui a l'inconvénient de donner des accès plus irréguliers.

En dehors des faibles élévations thermiques provoquées par les bains chauds, les rayons infra-rouges et la diathermie, il n'existe actuellement qu'un procédé physique pour élever la température centrale : c'est l'électropyrexie ou traitement par les ondes courtes.

Par contre, les procédés chimiques sont innombrables : cristalloïdes, huile soufrée, injections intraveineuses de colloïdes, hétéro-protéines, sont capables de provoquer une fièvre élevée. Beaucoup de ces produits sont dangereux en injections intraveineuses et déterminent des hyperthermies difficiles à régler. Les injections de vaccin non spécifique agissent également comme hétéro-protéines. Le Dmelcos donne les résultats les plus constants. Les injections intraveineuses de vaccin sont celles qui agissent le plus activement; les injections intramusculaires ou sous-cutanées déterminent aussi de l'hyperthermie, mais il faut des doses plus élevées et il y a réaction locale. Le propidon provoque les réactions les plus régulières.

Chez les petits animaux de laboratoire, les colloïdes et les vaccins élèvent faiblement la température ; les cristalloïdes et les hétéro-protéines se montrent plus actifs. Enfin, on peut employer chez l'animal, outre les agents physiques, quelques procédés physiologiques tels que les piqûres du cerveau et les convulsions provoquées.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

En pratique, on utilise : chez l'animal les bains chauds, les ondes courtes, les piqûres du cerveau, l'intoxication par le β-tétra-hydronaphtylamine et le dinitrophénol ; chez l'homme, l'huile soufrée, le Dmelcos ou l'électrargol, le propidon, la malarisation, les ondes courtes.

Du point de vue pathogénique, la fièvre apparaît comme le résultat de combustions cellulaires exagérées. Lorsqu'elle atteint 39 ou 40°, elle accélère la respiration, détermine des troubles digestifs et une certaine excitation psychique. Il y a hypersympathicotonie et hypovagotonie, hypofonctionnement thyroïdien, hyperfonctionnement surrénal. La perméabilité méningée est modifiée.

Le métabolisme du carbone et des protides est exagéré et l'on peut évaluer à 25 p100 l'augmentation du métabolisme chez l'homme fébrile.

Parmi les modifications sanguines, il faut citer avant tout la leucocytose avec polynucléose, mais les réactions varient suivant les sujets. Chez l'homme, il n'y a que peu de modification du taux des globules rouges, du temps de coagulation, et des modifications chimiques du sang.

L'organisme hyperthermique a moins de résistance à l'action de certains poisons (alcool) et la pyrétothérapie peut exalter la virulence de certains germes.

Toutes ces modifications peuvent donner des phénomènes nerveux avec malaises, frissons, troubles digestifs, vaso-moteurs ou psychiques avec atteinte du tonus vago-sympathique et tachycardie. Enfin, les modifications cellulaires aboutissent avant tout à l'augmentation des échanges.

Dans l'ensemble, la syphilis mise à part, les maladies expérimentales sont assez peu sensibles à la pyrétothérapie. Par contre, en clinique humaine, celle-ci peut donner d'excellents résultats dans la syphilis nerveuse, certaines encéphalites ou affections endocriniennes. Elle est contre-indiquée dans les affections suraiguës, les états ataxo-adynamiques, les cardiopathies mal compensées, la tuberculose, la cachexie, les néphrites, les grandes hémorragies gastro-intestinales.

La pyrétothérapie n'agit pas en créant un mécanisme nouveau de guérison, mais en exaltant les fonctions organiques de défense et en augmentant l'activité des réactions physico-chimiques. On a invoqué également l'action directe sur l'agent pathogène. Cette action ne paraît pas suffisante pour stériliser l'organisme d'une façon définitive. Il semble que la chaleur fragilise seulement le germe pathogène.

Si nous connaissons les indications principales de la pyrétothérapie, nous sommes loin de savoir pourquoi certains malades seuls y réagissent favorablement. C'est une médication difficile à doser et dont le mécanisme intime nous échappe encore à peu près complètement.

Deuxième rapport.

Pyrétothérapie et affections du système nerveux. — M. H. Roger (Marseille). — Les diverses méthodes pyrétogènes s'appliquent avant tout au traitement des affections du système nerveux et particulièrement à celui de la paralysie générale. Dans ce dernier cas, on utilise le parasite de la fièvre tierce bénigne. On prélève le sang au cours d'un accès fébrile. On l'injecte généralement par voie sous-cutanée. Le total des résultats positifs atteint 90 p. 100 des cas. L'incubation est de huit à douze jours. Les accès sont parfois très intenses et il peut y avoir lieu de diminuer leur violence.

Ils peuvent en effet déterminer des accidents graves : crises hyperthermiques avec collapsus cardiaque, asystolie, insuffisance hépatique aiguë, tendances hémorragiques, rupture de la rate. Actuellement on se contente, au maximum, de 8 à 10 accès que l'on peut provoquer chez les sujets particulièrement fragiles en deux séries séparées par quatre à cinq semaines. Il est dangereux d'impaluder des paralytiques généraux cachectiques ou ceux qui ont eu un ictus récent. Les cardiopathies mal tolérées, l'obésité, l'hypotension artérielle, l'anévrysme aortique, la tuberculose pulmonaire, l'âge avancé sont des contre-indications absolues.

C'est le syndrome somatique qui est le mieux influencé par ce traitement. Le poids augmente ; l'écriture, la parole, le déficit mental s'améliorent ; il y a atténuation, puis disparition des délires aigus et des poussées d'excitation maniaque. La confusion mentale rétrocède, l'autocritique réapparaît, le malade récupère sa personnalité. Les troubles pupillaires sont plus rebelles et dans l'ensemble le syndrome neurologique est moins influencé que le syndrome psychique.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien est rapidement et nettement modifiée. L'hyperalbuminose met plus longtemps à diminuer. Le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien peut finir par devenir négatif. La réaction du benjoin colloïdal est beaucoup moins influençable.

Les lésions anatomiques rétrocèdent et les spirochètes en disparaissent.

La malariathérapie nous a donc permis d'assister à une véritable transformation du tableau clinique de la paralysie générale. Toutefois, en pleine phase de rémission post-malarique, on peut voir apparaître des syndromes paranoïdo-hallucinatoires ou catatoniques. Ces manifestations, souvent passagères, ont parfois une tendance marquée à la chronicité. On peut rattacher, d'autre part, à l'hypothèse d'une syphilis cérébrale localisée se substituant à la méningo-encéphalite diffuse, les modifications du syndrome neurologique et en particulier l'apparition d'épilepsie post-malarique. Enfin, depuis l'impaludation, on voit chez le paralytique général beaucoup plus fréquemment des manifestations gommeuses tertiaires. Mais celles-ci guérissent par le traitement spécifique.

Les rémissions complètes sont de l'ordre de 25 p. 100. Elles vont dans certaines statistiques jusqu'à 40 p. 100. Les rémissions incomplètes forment environ le tiers des cas. Certaines de ces rémissions sont suivies de rechutes et souvent graves.

La mortalité des paralytiques généraux malarisés est difficile à préciser. La mortalité due à la malaria atteint environ 5 p. 100. En moyenne, on peut compter qu'un quart des paralytiques généraux impaludés peuvent gagner leur vie au bout de quelques années. Cette thérapeutique a beaucoup diminué la fréquence des internements. Elle permet de ne pas priver d'emblée un paralytique général de sa capacité civile.

Les résultats sont d'autant meilleurs que la maladie a été dépistée au cours de la première année, d'où l'importance capitale d'un diagnostic et d'un traitement pré-

coces. Généralement, on fait suivre cette thérapeutique d'un traitement arsenical ou bismuthique auquel on peut adjoindre à titre de consolidation une cure pyrétothérapique non malarique avec du vaccin antityphoïdique par exemple. En cas de non-amélioration par une première tentative ou de rechute, on peut tenter une réinoculation malarique.

La récurrentothérapie a été utilisée avec des résultats presque équivalents à ceux de la malaria. Il n'y a pas toujours parallélisme entre les rémissions cliniques et sérologiques. Cette thérapeutique, facile, ne peut être ensuite jugulée comme la malaria. Elle mérite d'être employée dans les cas qui résistent au paludisme.

Enfin, on peut recourir à la fièvre que déterminent le sodoku ou la fièvre exanthématique.

La vaccinothérapie la plus employée est celle du vaccin antichancrelleux. L'amélioration porte surtout sur l'état général. Le tremblement, la dysarthrie, les états d'exaltation diminuent, mais le fond démentiel est peu modifié. Cette médication a été souvent associée à l'arsenic.

On a enfin préconisé le vaccin antityphoïdique, un vaccin antigène polyvalent, des toxines microbiennes, la tuberculine.

La pyrétothérapie chimique n'utilise guère actuellement que le soufre, dont la forme la plus employée est la sulfosine, injectée par voie intramusculaire aux doses croissantes de 2 à 10 centimètres cubes. Cette méthode, bien tolérée, quoiqu'un peu douloureuse, a l'inconvénient de ne pas donner des accès fébriles comparables. Parmi les méthodes physiques, l'électropyrexie a pris le pas sur les autres.

La pyrétothérapie de la paralysie générale a donc transformé le pronostic de cette maladie. On peut, d'ailleurs, en prolonger les effets par la stovarsolothérapie.

En dépit des immenses progrès accomplis, il y a lieu, toutefois, de poursuivre activement les recherches pour obtenir de meilleurs résultats.

De semblables succès ont amené à essayer les méthodes pyrétogènes dans les autres affections nerveuses. Dans le tabes, la malariathérapie s'est montrée capable d'agir sur les douleurs fulgurantes, les crises gastriques et accessoirement sur les vertiges, les troubles de l'équilibre et du tonus. Mais son efficacité est minime sur les autres symptômes et sur les réactions humorales. On a aussi obtenu quelques résultats avec la fièvre récurrente, le Dmelcos, les ondes courtes. La pyrétothérapie n'est indiquée que dans les tabes évolutifs et résistant aux cures spécifiques.

La pyrétothérapie paraît avoir arrêté dans un certain nombre de cas l'évolution de l'atrophie optique. On a cherché aussi à l'employer dans l'hérédo-syphilis nerveuse ainsi que dans la prévention de la syphilis nerveuse elle-même. La malaria ou tout autre procédé pyrétogène sera surtout à tenter dans les cas de liquide céphalo-rachidien irréductible.

Dans les maladies nerveuses non syphilitiques, les résultats sont variables. Quelques auteurs auraient obtenu des succès avec la fièvre récurrente dans l'encéphalite et le syndrome parkinsonien, alors que pour Claude et Coste, elle aggrave plutôt le tremblement et la rigidité.

La chorée a été traitée par des injections intraveineuses de vaccin antityphoïdique, traitement susceptible d'apporter une amélioration symptomatique et de raccourcir la durée de la maladie. Dans l'épilepsie, diverses méthodes pyrétothérapiques ont une certaine influence sur les crises, mais seulement pendant la durée de la période fébrile. Enfin, l'électropyrexie améliore dans un certain nombre de cas la contracture des hémiplégiques, certaines migraines et, de même que la malariathérapie, la sclérose en plaques. Dans cette dernière affection, il ne faut traiter que des malades en bon état général, sans lésions de l'appareil circulatoire et n'évoluant que depuis deux ou trois ans.

La poliomyélite et ses séquelles ont été quelquefois traitées avec succès par les ondes courtes.

Dans les polynévrites, Barré a signalé les bons effets du Dmelcos. Des méthodes analogues ont été préconisées dans le zona et dans les névralgies traînantes.

La malariathérapie a été utilisée dans la démence précoce. Mais l'évolution par poussées suivies de rémissions spontanées rend difficile d'apprécier la valeur du traitement. Les cas les plus favorables s'observent chez des sujets jeunes à état démentiel encore peu accusé. Les épisodes aigus du début tirent le plus de bénéfice de la médication, les états démentiels purs sont peu influencés. On emploie surtout le vaccin antityphoïdique, le nucléinate de soude et la tuberculine qui ne peut être maniée qu'à très faibles doses. On a enfin proposé de combiner la pyrétothérapie à la chrysothérapie.

Enfin, on a réussi à améliorer par la pyrétothérapie certains états d'excitation et en particulier les accès de la psychose maniaco-dépressive.

La pyrétothérapie trouve donc la principale de ses applications dans la paralysie générale. Elle peut être encore tentée dans la démence précoce au début et dans certaines psychoses, plus accessoirement dans l'atrophie optique, les poussées douloureuses des tabétiques, les polynévrites, les hémiplégies. Elle agit surtout sur les phénomènes d'excitation, psychiques, moteurs ou sensitifs, plutôt que sur les phénomènes déficitaires.

Parmi les divers procédés employés, c'est l'impaludation qui donne les meilleurs résultats dans la paralysie générale et la syphilis nerveuse. Dans les maladies de pronostic moins sombre, on pourra recourir uniquement à l'huile soufrée, ou aux ondes courtes. Cette thérapeutique doit être appliquée conjointement avec les médications spécifiques de la maladie, lorsqu'il en existe. C'est ainsi que la cure par la malaria pourra être suivie d'un traitement arsenical intensif.

TROISIÈME RAPPORT.

La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang. — M. A. FRIBOURG-BLANC (Paris). — Les principales infections dans lesquelles la pyrétothérapie a été mise en œuvre sont : la syphilis, la gonococcie, le chancre mou.

L'action bienfaisante de l'hyperthermie dans la syphilis est admise depuis longtemps. Toutefois, les méthodes pyrétogènes semblent devoir être réservées aux lésions syphilitiques du névraxe. On les associe alors généralement au traitement chimique. Chaque injection hyperthermisante est faite trois heures après l'injection médicamenteuse pour le novarsénobenzol, trois jours

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

après pour le bismuth liposoluble. La thermothérapie augmentant l'activité du traitement permettrait une disparition plus rapide des accidents secondaires, sans que, d'ailleurs, il y ait toujours parallélisme entre l'intensité des élévations thermiques et la rapidité de la guérison. Dans la gonococcie, la malariathérapie donne des résultats discutés, mais qui apparaissent assez favorables, surtout dans le traitement des complications annexielles. On a cherché à la remplacer par des procédés moins violents, injections de lait ou de vaccins.

Ceux-ci donnent de bons résultats en cas de complication, de même que la haute fréquence et la diathermie, mais paraissent inutiles dans le traitement de la blennorragie primitive.

Comme le gonocoque, le bacille de Ducrey résiste mal à la chaleur ; le principe de cette thérapeutique est à retenir lorsque les moyens habituels du traitement du chancre mou se sont montrés inefficaces. C'est ainsi que la récurrentothérapie a donné des résultats remarquables.

Enfin, l'hyperthermie arrête le développement d'un grand nombre de germes et permet de réaliser la guérison ou la transformation, en une forme lentement évolutive, de certains processus infectieux. Aussi a-t-on employé les ondes courtes dans le traitement des furoncles, des anthrax, des abcès, de l'ostéomyélite, des panaris, des hydrosadénites. De bons résultats ont été obtenus également dans les angines, la pyorrhée, les infections paradentaires, les sinusites.

Les infections aiguës du poumon et de la plèvre ont fait l'objet de tentatives heureuses par la pyrétothérapie par ondes courtes. Il n'est pas jusqu'à la bronchectasie et la gangrène pulmonaire qui ne puissent bénéficier de ce traitement.

C'est surtout dans le vaste domaine des arthropathies que cette thérapeutique porte actuellement ses efforts.

Ce sont surtout les arthrites gonococciques qui en sont justiciables. Mais presque toutes les arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques peuvent être traitées de cette manière. La pyrétothérapie est employée à ce sujet depuis l'antiquité sous forme d'eaux thermales et de bains de boue. Depuis quelques années, les applications locales d'ambrine, de bactéries thermophiles, les bains de chaleur, de lumière, les irradiations infra-rouges, ont donné de très heureux résultats.

On a cherché à obtenir mieux par l'hyperthermie généralisée, en s'adressant à la malariathérapie ou à l'un des nombreux procédés susceptibles d'élever la température centrale.

Des succès ont été, en particulier, obtenus par l'emploi de solutions huileuses de soufre à 1 p. 100. On en injecte 1 à 10 centimètres cubes par voie intramusculaire, juxtapériostée, en renouvelant ces injections tous les deux à trois jours par série de 10 à 12. On a également préconisé

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

le Dmelcos ou l'huile soufrée à 10 p. 100. Ces thérapeutiques sont susceptibles de diminuer l'inflammation, la douleur et la contracture et permettent la mobilisation. Employée dès le début, la pyrétothérapie peut enrayer l'évolution d'une arthrite infectieuse. Il existe, d'ailleurs, au cours de la plupart des arthrites, des périodes plus favorables à la pyrétothérapie.

Les moyens physiques ne sont pas à négliger. Les bains chauds donnent d'excellents résultats dans le rhumatisme blennorragique et certaines arthrites déformantes. L'électropyrexie est très employée depuis quelques années, qu'il s'agisse de diathermie ou d'ondes courtes.

C'est dans les diverses catégories de rhumatismes chroniques que la pyrétothérapie par agents physiques semble devoir donner les plus nombreux succès, l'électropyrexie étant particulièrement indiquée dans le traitement des rhumatismes chroniques de type colloïdoclasique, goutteux et endocrinien.

Les effets de la thermothérapie ont été recherchés dans un certain nombre de maladies de la nutrition et du sang avec des résultats variables. Il était, en particulier, logique d'appliquer l'hyperthermie, agent de stimulation des combustions organiques, au traitement de l'obésité.

Diverses méthodes ont été employées, mais c'est surtout la chimie qui paraît devoir donner dans ces cas des résultats intéressants. D'importantes études ont été consacrées récemment au dinitrophénol, qui présente des propriétés hyperthermisantes par accélération des combustions cellulaires. La dose thérapeutique est d'environ 3 milligrammes par kilogramme, la dose pyrétogène de 10 milligrammes. Le traitement doit être poursuivi pendant huit à dix semaines et conduit avec prudence chez les diabétiques et les albuminuriques. Toutefois, on doit faire des réserves sur le rôle des propriétés pyrétogènes, dans le traitement de l'obésité, puisqu'il n'est pas nécessaire d'atteindre des doses hyperthermisantes pour obtenir la chute de poids.

La fièvre provoquée ne paraît pas exercer d'action heureuse sur le diabète, mais elle améliore le rhumatisme goutteux.

Il ne faut pas craindre d'appliquer la pyrétothérapie aux hypertendus, sauf coexistence de graves lésions cardiaques. On s'adresse presque exclusivement aux agents physiques (ondes courtes). La baisse de la tension artérielle, fréquente, peut se maintenir trois à quatre mois et s'accompagner de la disparition de troubles fonctionnels pénibles.

Les applications de la pyrétothérapie dans les maladies du sang ont été jusqu'à présent très limitées. Izar a obtenu des résultats en traitant des leucémiques par des injections intramusculaires de 5 centimètres cubes d'huile soufrée, répétées tous les deux jours. La cure est bien supportée, la splénomégalie cède rapidement, les adénites disparaissent et la formule sanguine s'améliore.

Enfin, les ondes courtes sont employées par Dausset dans le traitement des affections endocriniennes, en employant de petites doses, n'élevant pas la température au-dessus de 38°.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

La pyrétothérapie peut être également utilisée dans les asthmes rebelles à crises fréquentes ou dans l'état de mal asthmatique, surtout sous forme d'injections de vaccin.

Dans les maladies du foie, l'hyperthermie locale a donné de bons résultats dans les affections vésiculaires et les cirrhoses hypertrophiques (Paguiez).

Enfin, dans les néphrites chroniques, c'est surtout la diathermie qui donne des succès.

L'influence antispasmodique de la chaleur et en particulier les ondes courtes se fait sentir dans la spasmophilie et les angiospasmes.

Dans l'angine de poitrine où l'on a cité quelques bons résultats, l'action spécifique des ondes courtes paraît jouer un rôle au moins égal à celui de la chaleur. On a obtenu enfin des résultats encourageants dans l'otosclérose, l'herpès, le psoriasis, l'eczéma, la sclérodermie.

En résumé, les succès de la pyrétothérapie sont plus manifestes dans les infections que dans les maladies de la nutrition et du sang. Le rôle curateur de la pyrétothérapie est aujourd'hui bien établi pour la syphilis à tous ses stades, pour la gonococcie dans ses formes subaiguës ou chroniques, pour les lésions suppurées localisées, pour les arthrites de toute nature. L'asthme, l'hypertension artérielle, la spasmophilie sont souvent aussi influencés heureusement.

Les contre-indications sont l'âge avancé, la tuberculose pulmonaire, les cardiopathies non compensées, les néphrites aiguës, les hépatites graves.

En ce qui concerne le choix de la méthode à employer, les procédés qui nécessitent l'emploi d'agents pyrétogènes infectieux (malaria, fièvre récurrente) doivent être réservés à des malades hospitalisés. La pyrétothérapie vaccinale sera surtout destinée au traitement des infections. Les méthodes physiques trouvent leur emploi dans les maladies de la nutrition et du sang. Ces diverses thérapeutiques, sans se substituer entièrement aux méthodes de traitement classiques, constituent un adjuvant de première importance qui intensifie leur action ou la remplace en cas d'inefficacité.

QUATRIÈME RAPPORT.

Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes. — MM. A. HALPHEN et J. AUCLAIR (Paris). — Les agents physiques permettent d'isoler du processus complexe de la pyrétothérapie le facteur hyperthermie et d'en régler l'intensité, la durée et la répartition. Ils peuvent être rangés en deux catégories : 1° ceux qui échauffent d'abord les téguments, puis secondairement le reste du corps ; 2° ceux qui échauffent globalement l'ensemble des tissus.

On peut utiliser la chaleur externe à l'aide des bains chauds. On utilise maintenant les bains de lumière prolongés, les couvertures électriques chauffantes, les rayons infra-rouges.

Tous ces moyens comportent des difficultés pratiques (danger de brûlures) et sont souvent désagréables pour le malade.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Les courants de haute fréquence (diathermie et ondes courtes), au contraire, assurent un échauffement global de la masse du corps.

La diathermie se pratique à l'aide d'un générateur de 500 watts ; cette puissance est répartie en plusieurs circuits réglables séparément. En raison des fortes intensités nécessaires, les électrodes doivent être larges et leur contact avec la peau parfait. La plupart des malades atteignent la température de 40° en une heure et demie. Cette méthode présente quelques défauts tels que le danger de brûlure et la situation inconfortable du malade.

L'emploi des ondes courtes résout la plupart de ces difficultés. Il n'est pas nécessaire que les électrodes soient au contact du sujet pour obtenir le passage du courant, ce qui facilite énormément l'application, et l'échauffement est augmenté en profondeur alors qu'il diminue au niveau de la graisse sous-cutanée et des téguments. On possède des appareils donnant une sécurité complète et permettant d'obtenir une température de 40° en vingt-cinq à trente minutes. La mesure de la température centrale est indispensable au cours des séances. Il faut surveiller le pouls du malade, sa respiration, le faire boire lorsque la séance se prolonge et ne pas le traiter après un repas trop copieux. Ce traitement détermine une sensation de chaleur qui s'accentue et s'accompagne aux hautes températures d'un certain degré d'essoufflement et d'oppression.

La pyrétothérapie physique est donc une pyrétothérapie pure dont le degré de température peut être réglé à volonté. On a ainsi observé que, pour des animaux à température constante, la température maxima compatible avec la vie est de 5 à 6° au-dessus de la température normale.

En pathologie infectieuse expérimentale, la pyrétothérapie par ondes courtes peut guérir ou améliorer certaines affections. Mais dans bien des cas ses effets sont nuls, parfois nocifs (spirillose).

La plupart des travaux sur ce sujet ont été consacrés à l'étude de l'infection syphilitique expérimentale. Cette thérapeutique semble agir surtout en augmentant l'efficacité défensive des moyens humoraux ou cellulaires de l'organisme. On a observé, dans un certain nombre de cas, une augmentation légère de l'index opsonique et des modifications du taux des agglutinines.

Chez l'homme, l'ascension de la température cesse dès qu'on supprime l'action thermogène et le retour à la normale se fait le plus généralement en deux à trois heures. Il ne faut pas dépasser 41°,5. Le malade se défend contre cet échauffement anormal par une sudation abondante. La perte d'eau reste en général limitée à 3 à 4 kilogrammes pour la durée du traitement. On a noté de l'accélération du rythme respiratoire, de la tachycardie, une chute de la tension artérielle. Chez les hypotendus, toutefois, on observe assez fréquemment une augmentation de la maxima.

L'indice oscillatoire, la tension veineuse, sont nettement augmentés. Le métabolisme est exagéré.

Il y a polyglobulie et généralement leucocytose avec polynucléose.

Le chimisme sanguin présente des modifications nettes, mais transitoires : augmentation légère de la créatinine, des acides aminés, du calcium, de l'acide lactique, de l'urée et surtout de la glycémie. La réserve alcaline diminue d'une manière constante. Chez l'animal, l'application de doses mortelles s'accompagne d'atteinte rénale avec albuminurie. Accessoirement, on a pu constater une diminution de l'acidité gastrique et de la chronaxie, une accélération de la sécrétion biliaire.

Ces modifications sont les mêmes quel que soit l'agent pyrétogène employé ; elles sont sensiblement proportionnelles au degré de température atteint. A côté de l'effet thermique prédominant des ondes courtes, il y a sans doute place d'ailleurs pour une action extra-calorique de ces ondes.

La pyrétothérapie physique détermine donc essentiellement des modifications circulatoires, cytologiques et plasmatiques.

Les contre-indications essentielles en sont la tuberculose, les phlébites récentes, les anévrysmes, les cardiopathies mal compensées. Avec de la prudence, on peut traiter tous les autres malades. Ce sont les hémorragies viscérales qu'il faut craindre avant tout. Dans tous les cas d'ailleurs, le traitement peut être interrompu instantanément et la température promptement ramenée à la normale.

Parmi les principales indications se trouve la paralysie générale dans laquelle la pyrétothérapie physique peut donner un pourcentage de rémissions voisin de celui fourni par la malariathérapie. Mais il faut employer des températures élevées et prolongées (au moins quarante heures au-dessus de 40°, en huit à quinze séances), conditions qui rendent le traitement difficile. On a toutefois déjà cité plusieurs cas de paralysie générale où la fièvre diathermique a réussi après échec de la malariathérapie.

On a signalé des résultats encourageants dans la manie aiguë, le tabes, la syphilis nerveuse ou à réactions sérologiques rebelles.

Les syndromes parkinsoniens peuvent être traités avec certains résultats, en produisant des accès fébriles deux ou trois fois par semaine.

La sclérose en plaques peut, dans les mêmes conditions, présenter des rémissions assez importantes. Dans la poliomyélite, de bons résultats fonctionnels sont possibles.

Les myélites, la chorée, l'épilepsie, les polynévrites, la syringomyélie ont été améliorées dans un certain nombre de cas.

Parmi les maladies de la nutrition, les troubles fonctionnels et douloureux du rhumatisme chronique peuvent être considérablement améliorés. Chez les goutteux, cinq à dix séances donnent, dans la majorité des cas, des rémissions à peu près complètes et durables, à la condition expresse de ne pas intervenir pendant les périodes aiguës.

Les affections endocriniennes peuvent être modifiées par les ondes courtes. L'acrocyanose, l'adipose, les troubles ménopausiques peuvent bénéficier largement de la pyrétothérapie générale. Son action vaso-dilatatrice et antispasmodique peut être employée dans le traitement des diverses artérites et de l'hémiplégie.

Dans la blennorragie aiguë, on peut obtenir des conditions de développement défavorables au gonocoque par élévation de la température locale. Enfin, de bons résultats ont été signalés dans le traitement de la monoar-

thrite gonococcique, de l'asthme, de diverses dermatoses, des néphrites et de l'angine de poitrine.

CINQUIÈME RAPPORT.

Pyrétothérapie et pyrétoprophylaxie anti-syphilitique sous l'action des moyens thermogènes physiques. — M. A. BESSEMANS (Gand). — Depuis longtemps, on a pensé à traiter la syphilis par la chaleur sèche ou humide. Chambert et Rule signalèrent, en 1926, l'action prophylactique de l'élévation de température provoquée sur le développement de la syphilis expérimentale du lapin. Bessemans chercha ensuite à déterminer la température atteinte à l'intérieur des lésions traitées par l'emploi d'une aiguille thermo-électrique et montra que la balnéothermothérapie est capable de guérir à coup sûr les manifestations orchitiques de la syphilis primaire du lapin. Ensuite, il appliqua avec succès la balnéothérapie locale au traitement des accidents primaires et secondaires de l'homme. Il faut augmenter la température locale de la lésion en cours du traitement à 42° pendant une heure ou à 40° pendant deux heures. L'aérothermothérapie, la paraffinothermothérapie donnent des résultats analogues. L'actinothérapie, l'application extérieure de chaleur électrique fournissent d'assez nombreux échecs.

La diathermie a permis d'enregistrer des succès. Bessemans vient de traiter par les ondes amorties trois chancres dont la cicatrisation fut nettement hâtée. Les lésions subirent sans inconvénients, pendant quarante à soixante minutes, des températures intratissulaires allant de 40°,7 à 42°,57.

On peut donc conclure que *Treponema pallidum* et *Treponema cuniculi* des accidents extérieurs des lapins et de l'homme disparaissent rapidement des tissus lorsqu'ils subissent *in vivo*, sous l'action d'une source de chaleur non lumineuse autre que les infra-rouges, une augmentation de température d'une heure à 42° ou de deux heures à 40° ou de plusieurs heures à quelques dixièmes de moins que 40° ; que la balnéothermothérapie est relativement commode, mais que c'est la diathermie qui se prête particulièrement à cette physiothérapie, sous forme d'ondes entretenues de 200 à 300 mètres.

Enfin, depuis quelque temps, l'électropyrétothérapie, sous la forme d'ondes courtes, a été très employée. Dans l'ordre expérimental, Levaditi a publié à ce sujet de nombreux travaux. Pour lui, l'action parasiticide des ondes courtes n'est pas due au seul fait que le germe pathogène subit une élévation thermique incompatible avec sa vitalité. Ces résultats sont discutés par Bessemans qui considère comme absolument nécessaire le contrôle permanent de la température intratissulaire.

Du point de vue thérapeutique, il faut signaler les brillants résultats enregistrés dès maintenant dans l'application de cette méthode au traitement de la paralysie générale. On a également employé avec succès la thermothérapie contre les localisations ganglionnaires du spirochète.

Les résultats de la thermothérapie antisyphilitique varient suivant la sensibilité individuelle, le terrain, et le stade lésionnel.

On a enfin cherché à produire une thermoprophylaxie individuelle antisyphilitique chez l'animal et chez l'homme avec quelques résultats.

Jusqu'à présent, on n'a pas obtenu d'effet bien net des ondes courtes dans diverses spirochétoses et dans la maladie de Nicolas et Favre.

L'influence favorable de la thermothérapie sur les réactions humorales paraît hors de doute.

La réalisation pratique de ces desiderata physiologiques très sévères semble devenir moins utopique grâce à l'application des ondes courtes. Cette méthode semble constituer à l'heure actuelle le plus commode et le plus efficace des moyens thermogènes physiques. Elle peut contribuer utilement à la lutte contre la syphilis.

Pyrétothérapie de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves. — M. A. POROT (Alger). — La confusion mentale suraiguë, ou encéphalite psychosique, se traduit par une agitation intense et s'accompagne de phénomènes généraux toxi-infectieux d'une extrême gravité, sans lésions anatomiques spécifiques. La pyrétothérapie de choc trouve là une de ses meilleures indications. Porot emploie surtout les injections massives d'électrargol. Il faut intervenir précocement, injecter 40 à 50 centimètres cubes d'emblée, ne pas craindre de faire deux à trois injections successives. On peut adjoindre à cette thérapeutique des doses élevées de strychnine (20 à 30 milligrammes). Cette méthode a permis d'obtenir 7 guérisons sur 12 cas traités.

Bilan de sept années de malariathérapie à l'hôpital de Bordeaux (Canada). — M. A. BARBEAU (Montréal). — Sur 525 aliénés observés, 93 ressortissaient à la paralysie générale, soit 17,7 p. 100. Sur 54 malades qui ont pu être impaludés, 26, soit 48 p. 100, ont bénéficié d'une rémission complète, 3 ont eu une rémission incomplète, 5 une transformation psychique. Il y a eu 10 résultats nuls et 8 décès. Les résultats les plus éloignés remontent à six ans. La méthode doit donner encore dans l'avenir de meilleurs résultats.

De l'action de la d'Arsonvalisation à ondes courtes dans les affections cardio-vasculaires. — M. J. YACOEL (Paris) précise les diverses affections cardio-vasculaires qui sont susceptibles ou non de bénéficier du traitement par la d'Arsonvalisation à ondes courtes. Son exposé et sa classification très simple des angines de poitrine permettent de saisir les raisons complexes des indications ou contre-indications de cette méthode dans les diverses variétés d'angines.

Passant ensuite à l'application des ondes hertziennes dans les autres affections du système cardio-vasculaire, il montre celles qui peuvent bénéficier de ce traitement.

SECTION DE CHIRURGIE ET DES SPÉCIALITÉS

Cellulite et troubles endocriniens. — M. GUY LAROCHE et Mlle HÉLÈNE VACHER. — La cellulite est une affection très fréquente qui survient 8 fois sur 10 chez la femme, et chez cette dernière 3 fois sur 4 lors de la ménopause, ou à propos d'insuffisances ovariennes caractérisées.

Les auteurs font une étude détaillée des manifestations endocriniennes chez les cellulitiques, et ils montrent que l'insuffisance ovarienne constitue le seul fait qui soit constant et primitif. Les réactions hypophysaires et thy-

(Suite à la page XIII.)

REVUE DES CONGRÈS (*Suite*)

roïdiennes sont habituellement secondaires et dues à l'action hormonale réciproque des trois glandes, l'insuffisance ovarienne étant le facteur initial.

Les auteurs arrivent à cette conclusion que c'est à la faveur d'un terrain endocrinien plus ou moins déséquilibré que des causes locales ou générales, surtout intestinales ou diathésiques, peuvent déclencher la maladie cellulitique. Ils rappellent à ce propos que l'on trouve souvent chez ces malades de l'hyperuricémie, de l'hyperoxalémie, et de l'hypercholestérinémie.

Si le traitement de la cellulite est avant tout physiothérapique, la médication générale et endocrinienne ne doit pas être négligée.

Note préliminaire sur l'action de l'acide mono-iodoacétique sur la glycolyse du sang « in vitro ». — MM. A. BERTRAND et P. RIOPEL. — La glycolyse dans le sang *in vitro* existe, mais elle se manifeste d'une manière très irrégulière. Elle est arrêtée par certains agents chimiques. L'acide mono-iodoacétique permet de conserver au sang sa teneur en glycose pendant une période de quatre jours, temps parfaitement suffisant pour examiner un sang envoyé de loin.

A propos d'anesthésie rachidienne. — M. FLORIAN TREMPE (Québec) indique les résultats obtenus par 800 anesthésies rachidiennes faites en l'espace de trente mois, toutes à la percaïne suivant la méthode de Howard Jones.

Considérations sur le curage et le curettage dans le post-abortum et le post-partum. — M. F. GAGNON (Québec) rappelle la conception des accoucheurs germano-américains selon lesquels la rétention dans le post-abortum est rarement suivie d'accidents sérieux et qui préconisent l'abstention. La majorité des accoucheurs est cependant interventionniste. L'intervention locale donne de bons résultats dans le post-abortum sans infection péri-utérine, mais il n'en est pas de même en cas de rétention cotylédonnaire dans laquelle la mortalité reste toujours élevée. Le traitement médical, le curage et l'hystérectomie constituent les principales méthodes thérapeutiques à utiliser. Le curage est toujours préférable au curettage.

Nouvelles statistiques relatives au drainage transcervical. — M. GÉRIN LAJOIE. — Statistique de 112 cas ayant subi une hystérectomie subtotale pour infections suppurées. Le drainage transcervical n'a pas les inconvénients du drainage abdominal ou vaginal par le Douglas, et constitue le meilleur procédé de drainage dans les infections suppurées du bassin ayant nécessité une hystérectomie subtotale.

Résultats éloignés de la curiethérapie des cancers inopérables du rectum par la méthode de Neumann et Coryn. — M. R. GAUDUCHEAU (Nantes) a traité, de 1926 à 1933, 19 cancers par cette méthode : Colostomie, puis Curiepuncture de la tumeur et des pédicules lymphatiques par voie postérieure. La survie n'a pas dépassé deux ans et on peut se demander si la colostomie n'aurait pas donné des résultats analogues.

Avantages et inconvénients des nouveaux procédés d'anesthésie de fond. — M. LÉOPOLD MAYER (Bruxelles). — L'anesthésie de fond par le tribromoéthanol rectal pour les opérations longues et l'évipan sodique intraveineux pour les interventions de courte durée constitue un progrès considérable. Ces anesthésies sont toutefois d'un maniement très délicat. L'auteur indique les doses qui lui paraissent efficaces et exemptes de tout danger.

Réflexions sur la symphyse pubienne et la symphysiotomie par le procédé de Zarate, avec projection de film cinématographique. — M. R.-D. VAUDESCAL rappelle les possibilités de la symphysiotomie. Il insiste sur l'intérêt de pratiquer une radiographie de la symphyse à l'aide d'un film intravaginal, étudie les indications de la symphysiotomie, et fait suivre sa communication de la projection d'un film représentant la technique opératoire.

Traitement des grands paralytiques marcheurs à quatre pattes. — M. J.-E. SAMSON. — Dans de tels cas, l'utilisation des divers groupes musculaires restés indemnes a permis à l'auteur de faire marcher 27 grands paralytiques. Il recourt surtout à l'arthrodèse du genou suivie de l'astragalectomie pour mettre le membre en rectitude, aux transplantations musculaires, au raccourcissement du membre opposé ou à l'allongement fémoral par son procédé personnel. Il faut ensuite apprendre au malade et à se tenir debout et à trouver son équilibre.

Traitement des inégalités de longueur stabilisées du membre inférieur. — M. UGO CAMERA (Turin) préconise pour le traitement de cette pénible infirmité le raccourcissement du membre sain. La diminution de la taille du sujet, consécutive à l'intervention, n'est pas une objection suffisante à cette thérapeutique devant les bons résultats fonctionnels obtenus. L'auteur a traité ainsi avec succès 56 malades.

Le traitement des malformations congénitales et acquises des membres inférieurs et les rapports des pieds plats avec les algies sacro-iliaques et lombaires. — M. H. RUPERT DÉRÔME (Montréal). — En cas de luxation congénitale de la hanche, la réduction non sanglante reste la méthode de choix. Dans les tuberloses, l'immobilisation précoce et le repos assurent la guérison dans 40 p. 100 des cas. Les cas de flexion avec ankylose fibreuse relèvent de l'extension continue ; les cas d'ankylose osseuse, de l'ostéotomie. Dans la poliomyélite, il faut avant tout prévenir les déformations. Si celles-ci se sont produites, il faut recourir aux interventions correctrices et dans les cas graves à la sympathectomie.

Enfin une simple déviation dans l'attitude du pied suffit pour déclencher une tension douloureuse sur l'articulation sacro-lombaire. D'où l'importance d'adapter, par des traitements variés suivant les cas, la statique du pied et celle des articulations sacro-iliaques et lombaires.

Sur le catarrhe du nez et du cavum et son retentissement sur l'état général. — M. RUAUD (Paris) passe en revue les causes du catarrhe du nez et du cavum aigu et chronique. Bactériologiquement, il signale la prédominance du staphylocoque. Il insiste sur la fréquence des complications de voisinage ou à distance et sur l'importance, à côté du traitement local, d'un traitement général crénothérapique ou médicamenteux (injections intramusculaires d'argent colloïdal, de bismuth à petites doses, associées ou non à l'opothérapie).

Cholécystélectrocoagulectomie. — M. MAX THOREK. — Les insuccès dans la cholécystectomie classique résultent souvent d'un écoulement biliaire consécutif

au manque d'oblitération des vaisseaux sanguins, lymphatiques et biliaires du lit de la vésicule biliaire. L'électrocoagulation de la paroi de la vésicule attachée à son lit hépatique substitue une couche protectrice sèche et vitreuse à une surface cruentée non protégée. L'électrocoagulation de la vésicule biliaire réduit la mortalité opératoire et postopératoire au minimum. L'auteur rapporte 75 cas personnels consécutifs sans décès.

Nez et œil ; étude clinique et thérapeutique. — M. SARGNON (Lyon). — Si les lésions oculo-orbitaires n'ont presque jamais d'action sur le nez, les lésions nasales ont une très grande importance dans la pathologie oculo-orbitaire. Les traumatismes de cette région peuvent agir sur l'œil par les infections secondaires, notamment sinusiennes. Les lésions néoplasiques de la partie moyenne du nez envahissent fréquemment l'orbite.

Les lésions nerveuses nasales ont une très grosse influence sur l'œil ; le réflexe naso-oculaire est important à connaître au point de vue physiologique et pathologique. Que l'œil soit sain ou non, la résection de la partie postérieure du cornet moyen, véritable opération sympathique, et les opérations endonasales amènent de l'abaissement durable de la tension artérielle rétinienne.

Les lésions profondes oculaires sont assez souvent sous la dépendance de lésions nasales, du fait des infections sinusiennes, surtout postérieures. Par contre, les guérisons obtenues par la chirurgie endo-nasale dans les cas de lésions optiques profondes (papillites et surtout névrites rétro-bulbaires), alors qu'il n'y a pas de pus ni d'infections vraies, sont dues à l'action sympathique et à l'abaissement de la tension artérielle rétinienne.

Les complications orbitaires sont fréquemment d'origine nasale, surtout sinusienne, même chez le tout-petit.

La chirurgie nasale permet de guérir nombre de complications oculo-orbitaires, mais pour aboutir, il faut coordonner les efforts cliniques et thérapeutiques de l'oculiste, du rhinologue, du radiologue et du neurologue.

Représentation graphique de la caractéristique physico-chimique de l'organisme à l'état normal et dans les états pathologiques. — M. LESCŒUR (Vichy) fait appel à l'acidité classique, à la réserve alcaline et au chlore du plasma sanguin veineux, données expérimentales bien définies. Sur ces bases un diagramme donne une représentation imagée définissant la caractéristique physico-chimique de l'organisme. Il fournit des exemples pris en cas de sténose du pylore, avant et après intervention, puis dans différents cas de diabète, avant et après traitement par l'eau minérale de Vichy.

Etiologie, nature et traitement des rectites sténosantes. — M. H. HARTMANN (Paris). — La fréquence des rétrécissements inflammatoires du rectum dans le sexe féminin a été exagérée ; dans notre statistique personnelle elle n'est que de 56 p. 100. Contrairement à l'opinion ancienne, la syphilis n'en est généralement pas la cause ; il semble qu'il s'agisse d'une manifestation rectale de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. La réaction décrite par Frei comme caractéristique de cette maladie se rencontre dans presque tous les cas de rectite sténosante (11 fois sur 12 chez les malades que nous avons examinés).

Lors de lésions très étendues avec suppuration rectale abondante et fistules multiples, la colostomie iliaque est indiquée ; elle améliore l'état des malades. Dans les cas de rétrécissements serrés mais ne remontant pas très haut, l'amputation intrasphinctérienne du rectum m'a paru le meilleur traitement. Les résultats éloignés sont toutefois moins bons que je ne le croyais il y a quelques années. Toutes les fois que la section porte sur une muqueuse malade, la récidive est constante ; lorsqu'elle porte sur une muqueuse saine, elle peut donner des guérisons ; des opérés restent guéris depuis treize, sept, cinq, quatre ans écoulés ; mais ce sont des exceptions, et chez des malades considérées comme guéries après deux, trois, quatre et six ans, on voit à une époque plus tardive des récidives se développer. Aussi est-il nécessaire d'adjoindre au traitement chirurgical le traitement médical de la lymphogranulomatose, traitement qui malheureusement n'est pas encore définitivement établi.

A propos d'anesthésie rachidienne. — M. FLORIAN TREMPE (Québec). — L'auteur fait part de son expérience portant sur 800 rachi-anesthésies en l'espace de trente mois, toutes faites avec la percaïne, en suivant la méthode de Howard Jones. Il expose les raisons qui l'ont amené à donner sa préférence à cette méthode : pas de soustraction préalable de liquide céphalo-rachidien, pas de barbotage, solution hypobare préparée à l'avance, de dilution très étendue, contrôle du niveau de l'anesthésie.

Deux ans d'expérience du régime riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses dans le traitement du diabète sucré. — M. L.-HENRI GARIÉPY (Montréal). — Depuis Sansum (1926) le traitement diététique du diabète a été profondément modifié. L'expérience a démontré que loin d'être nuisibles aux diabétiques les COH étaient nécessaires pour assurer l'équilibre du métabolisme des protéines et des graisses.

La tendance de tous les diabétologues aujourd'hui est de revenir à un régime se rapprochant du régime normal. Cette augmentation des COH ne nécessite pas l'emploi de plus fortes doses d'insuline si on a soin de diminuer les graisses.

A la clinique du diabète de l'hôpital Notre-Dame, de juillet 1932 à avril 1934, la plupart des malades ont été traités de cette façon avec les meilleurs résultats. Le régime est d'une grande simplicité. Les symptômes disparaissent rapidement et les malades sont satisfaits. Le pain dont ils étaient privés leur étant rendu, ils ont moins l'impression d' « être au régime ».

La quantité d'hydrates de carbone prescrite a été en moyenne de 218 grammes et a varié de 164 grammes à 344 grammes par jour.

La valeur calorique du régime est comprise entre 1 300 et 1 800 calories.

Sur 181 malades soumis à ce régime, 53, soit 29,2 p. 100, n'ont jamais pris d'insuline; 37, soit 20,4 p. 100, en ont pris au début et ont pu l'abandonner par la suite; 91, soit 50,2 p. 100, ont dû en prendre continuellement. Chez ces derniers, la dose quotidienne moyenne d'insuline a été de 29,4 unités.

La curiethérapie des hémorragies utérines de nature bénigne. A propos de 150 observations personnelles. — M. LOUIS-E. PHANEUF (Boston). — La curiethérapie, appliquée dans des cas bien choisis, rend des services importants dans les hémorragies utérines de nature bénigne. Elle trouve sa plus grande indica-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

tion dans les hémorragies sans grosse altération macroscopique de l'utérus à l'époque de la ménopause. Elle peut être utilisée, avec circonspection, à faible dose pour éviter l'hystérectomie dans les hémorragies de l'adolescence, lorsque les autres thérapeutiques ont échoué. Son usage pour la régularisation des règles et pour favoriser la grossesse est discutable, vu le risque encouru pour le produit de conception. La curiethérapie a une certaine valeur dans le traitement des fibromes interstitiels moyens. Cette thérapie peut être associée aux interventions portant sur le col et le périnée. Elle n'exerce aucune influence défavorable sur le résultat de ces interventions. Une seule application d'une dose appropriée suffit pour obtenir une aménorrhée définitive. La mortalité est nulle si les cas sont sélectionnés avec soin.

Hémiplégie homolatérale au cours de lésions intracraniennes (Contribution du Service de neuro-chirurgie de l'hôpital Saint-Luc, Montréal. P. Q.). — M. T.-I. HOEN. — Les observations d'hémiplégie homolatérale accompagnée de lésions expansives intracraniennes n'ont jamais reçu d'explication satisfaisante.

L'auteur, d'après 3 cas personnels, considère qu'une lésion expansive dans la zone fronto-pariétale, relativement silencieuse, tend à refouler le contenu cranien vers le côté opposé de telle manière que le pédoncule cérébral de l'hémisphère opposé est comprimé en passant à travers l'incisure de la tente.

Si l'on parvient à reconnaître l'hémiplégie homolatérale à travers la complexité de ses symptômes, la localisation de la lésion s'impose sans difficulté.

Le cancer est guérissable (Statistique de l'Amérique du Nord). — M. Pierre Z. RHEAUME expose le rôle que joue le cancer dans la mortalite globale de l'Amérique du Nord, puis il cherche à démontrer la curabilité du cancer en général, et du cancer du sein.

Le cancer, qui occupait la sixième place, en 1900, a augmenté graduellement au point d'atteindre actuellement la deuxième place parmi les maladies qui causent le plus grand nombre de mortalités. Ainsi, en trente ans, il a augmenté de 53 p. 100.

Si l'on étudie la géographie du cancer en Amérique du Nord, on constate que la Californie, à l'ouest, et les Etats de la Nouvelle-Angleterre, sur l'Atlantique, sont *fortement cancéreux* ; tandis qu'il existe une différence marquée, au Canada, entre l'Ontario (anglo-saxonne) *fortement cancéreuse* et le Québec (français) faiblement cancéreux. Après deux années seulement de recherches, le *Comité du cancer* a pu enregistrer 24 448 cas de cancer guéris *depuis cinq ans et plus*.

L'auteur cite une statistique personnelle de cancers du sein, opérés depuis au moins cinq ans, et comprenant une période qui s'étend à près de vingt-cinq ans. Toutes ces malades, faisant partie du personnel d'une communauté religieuse très au courant des soins médicaux, ont pu très facilement être suivies. Sur 42 patientes opérées avec ganglions axillaires, 48,9 p. 100 sont guéries depuis au moins cinq ans, et un certain nombre vit encore, vingt à vingt-cinq ans après une large exérèse.

L'auteur attribue ces résultats satisfaisants non pas tant à une technique d'exérèse large et minutieuse qu'à la qualité même des patientes, qui sont très averties du mal et qui se présentent à la consultation dans des conditions favorables à l'opération.

Ce pourcentage de guérison est supérieur à celui de son propre service hospitalier, qui se compose de malades se présentant souvent quand le mal est trop avancé.

La mortalité diminuera encore : 1° quand l'usage du bistouri électrique sera plus répandu ; 2° quand l'exérèse sera accompagnée de la radiothérapie pré- et post-opératoire ; 3° quand la collaboration du chirurgien et des radiologistes sera plus étroite.

Emploi de l'aortographie en urologie comme moyen de diagnostic différentiel. — M. BRISEBOIS, après avoir exposé sa technique d'aortographie, rappelle que cette méthode complète la pyélographie et montre son importance diagnostique dans la tuberculose rénale, l'hydronéphrose, les anomalies et les tumeurs du rein

Physiothérapie de la poliomyélite. — M. J. GOSSELIN (Québec). — Les résultats physiothérapiques obtenus par la méthode de Bordier suivie de la galvanisation pour 129 malades souffrant de séquelles de poliomyélite sont les suivants : 30 sujets n'ont eu aucune amélioration, 43 ont été améliorés à des degrés divers et en général prononcés, 57 sujets ont été guéris complètement.

Le lever précoce en chirurgie abdominale. — M. P. SMITH. — Cette méthode, préconisée dès la fin du siècle dernier, est pratiquée de manière courante par plusieurs chirurgiens. D'application facile chez les malades ayant subi une intervention abdominale aseptique simple, elle est contre-indiquée chez les tarés, les anémiés, les cardiaques, les diabétiques. Elle rend la convalescence plus facile et diminue le nombre des congestions pulmonaires et des phlébites post-opératoires. Les ligatures et la fermeture de la paroi doivent être faites avec un soin tout particulier.

Utilisation des greffons osseux intrabulbaires dans le traitement des fractures diaphysaires. — M. H. LAFFITTE (Niort). — Les cas, assez fréquents, de fracture diaphysaire évoluant vers la consolidation défectueuse, le cal vicieux ou la pseudarthrose peuvent être secondairement traités par un greffon osseux placé dans le canal diaphysaire. Les avantages de cette technique sont considérables : matériel facile à prélever, résistant, assimilable et amenant une correction parfaite. Un appareil plâtré rend impossible l'angulation. Le greffon tibial peut être employé seul, avec un anneau ostéo-périosté, ou associé à un matériel métallique en cas de multiplicité des fragments.

Considérations sur la néphropexie. — M. ALBERT LAROCHE (Montréal). — Les causes principales des échecs de la néphropexie sont maintenant connues : on opérait indifféremment les cas de ptose rénale sans faire un choix judicieux et d'autre part le rein, rarement fixé d'une façon définitive, n'était pas reposé en bonne place.

De façon générale, le rein mobile *non compliqué* ne doit pas être opéré. *La ptose rénale compliquée* d'hydronéphrose, de crises répétées d'étranglement, d'hématurie, de néphrite ou de pyélonéphrite est une indication formelle à la néphropexie.

La pyélographie mettra le mieux en évidence la ptose et ses complications.

Pour réussir, la néphropexie doit fixer solidement le rein en bonne place en lui infligeant le moins de dommage

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

possible. Il est extrêmement important de le libérer de toutes ses adhérences. Il doit être remis dans sa capsule externe, en dedans et non en dehors du feuillet postérieur de la loge rénale.

Le procédé qui emploie des fils non résorbables soulevant le rein par sa capsule propre, incisée dans ses deux tiers supérieurs seulement, et traversant la partie inférieure et postérieure du thorax, donne d'excellents résultats.

Mais cette opération ne doit être pratiquée qu'avec discernement. Elle ne peut guérir les psychopathes, les déséquilibrés du ventre et du sympathique abdominal. Elle est indiquée seulement lorsque la ptose rénale est la cause de douleurs ou d'accidents que la fixation du rein peut supprimer.

Etude de la valeur comparative de la méthode de Sandstrom avec celle de Graham-Cole. — M. J.-Alfred Mousseau, afin de se rendre compte de la valeur respective de deux méthodes actuelles de cholécystographie par voie buccale (méthodes de Sandstrom et de Graham-Cole), les a appliquées successivement chez 27 malades.

La méthode de Sandstrom lui apparaît supérieure dans la proportion de 25 p. 100, quant aux résultats cholécystographiques. La tolérance des malades vis-à-vis de cette méthode est de 20 p. 100 supérieure à celle de Graham-Cole.

Elles aparaissent toutes deux inférieures à la méthode intraveineuse pratiquée selon la méthode d'Antonucci pour connaître la véritable valeur fonctionnelle de la vésicule et du foie.

La méthode d'Antonucci (cholécystographie rapide) est intéressante par sa rapidité, par sa négativité et, plus encore, par les renseignements que fournissent ses réponses tardives.

Les épreuves de Sandstrom et d'Antonucci réunies sont, en ce moment, les plus sûrs moyens d'investigation pour établir un diagnostic précis dans les affections hépatobiliaires.

Hernie diaphragmatique de l'estomac à travers l'hiatus œsophagien. Aspects œsophagoscopiques et gastroscopiques. — MM. Chevalier Jackson et Chevalier L. Jackson. — L'œsophagoscopie et la gastroscopie sont essentielles pour déterminer la présence d'une portion de l'estomac au-dessus du diaphragme et pour déceler d'autres affections qui se rencontrent dans presque tous les cas, gastrite, érosion, ulcère, de même que pour découvrir le cancer surajouté. Ceci ne diminue pas la valeur d'un examen radioscopique. Au contraire, toute manœuvre œsophagienne doit être précédée par un examen aux rayons de Rœntgen.

On rencontre deux types différents de jonction œsophago-gastrique : le type sténosant et le type béant. Dans la forme sténosante, la lèvre du tube rencontre une infiltration annulaire résistante et plus dure que celle du cancer avant l'ulcération. Dans le type béant il n'y a aucune diminution de la lumière ; les replis plats de l'œsophage sont brusquement remplacés par les replis exagérément longs du genre gastrique, et qui, chez certains malades, simulent des tumeurs.

Les caractères anatomiques dus au déplacement gastrique n'ont pas d'importance pronostique. Ce qui conditionne le pronostic, c'est l'ulcère, de même que c'est l'ulcère qui produit la douleur.

LEÇONS CLINIQUES DE PÉDIATRIE

Présidents : MM. C. Turcot et H. Laliberté.

M. Julien Huber dépose au nom de M. le professeur Lereboullet (Paris) deux notes concernant **la broncho-pneumonie chez les nourrissons et les pleurésies purulentes dans la première enfance.**

Chlore et acidose chez le nourrisson. — M. Rohmer étudie la question des accidents digestifs graves sans lésions anatomiques du nourrisson. Entre la dyspepsie simple et l'état cholériforme existe une forme de choléra fruste, grave chez les hypothrepsiques ou lorsque le poids baisse.

Les notions de chlore et d'acidose sont très inconstantes dans les dyspepsies aiguës du nourrisson. Elles conditionnent des troubles qui sont à craindre dès qu'il y a une forte chute de poids.

En thérapeutique on utilisera dans les cas simples le thé léger, le sérum physiologique. Celui-ci sera nuisible dans l'état pré-toxique avec sucre dans les urines, baisse de la réserve alcaline, chlore plasmatique élevé. On utilisera alors le thé, les solutions glucosées ou bicarbonatées.

M. G. Blechmann (Paris) rappelle certains cas aigus dans lesquels on peut songer à un état infectieux surajouté. On usera dans les états spasmodiques le sérum à 1-2 p. 100. L'auteur préconise les solutions chlorurées ou bicarbonatées en injections intraveineuses prolongées au trocart.

Poliomyélite. — M. Cruchet (Bordeaux) rappelle la valeur clinique de la souffrance et de l'impotence des membres dans les formes atypiques ainsi que celle de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Il y a pendant quatre à cinq jours une méningite transitoire avec réaction leucocytaire et albuminose. Il faut la rechercher très précocement. Dans l'encéphalite, ces signes n'offrent pas la même netteté.

M. M. Langlois (Québec), qui a observé en 1932 400 cas de poliomyélite, a procédé à 102 ponctions lombaires. L'absence de variation du liquide céphalo-rachidien conduit à éliminer le diagnostic de poliomyélite, mais la ponction doit être précoce et l'examen à la cellule immédiat.

M. Blechmann signale la difficulté dans les cas sporadiques d'un examen précoce et les réactions consécutives à une sérothérapie tardive.

M. Poliquen (Québec) propose l'hémothérapie dans la poliomyélite.

M. Rohmer ne l'utilise qu'à défaut de sérum de convalescent, par mélange du sang des parents et en triplant la dose.

Broncho-pneumonie infantile. — MM. Julien Huber, Sambron et Cain (Paris) étudient les effets des vaccins ; ils insistent aussi sur les bons effets de l'hydrothérapie, de l'ouabaïne, de l'oxygénation prolongée et montrent dans certains cas le danger des transfusions intraveineuses.

MM. Laliberté et Blechmann préconisent le camphre et l'*Adonis vernalis*.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Par le Dr Cyrille JEANNIN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Accoucheur de l'Hôpital de la Charité

2e édition. 1922, 1 volume in-8 de 428 pages avec figures. France, franco.............. **38 fr.**

Étranger : 1 dollar 2. — 5 shillings. — 6 francs suisses.

LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES ET ÉPIPHYSAIRES

en clinique infantile

Par le Docteur PIERRE LEREBOULLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

1924. 1 volume in-16 jésus de 138 pages, avec figures dans le texte. France, franco...................... **12 fr.**

Étranger : 0 dollar 38. — 1 shilling 7 p. — 1 franc suisse 90.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

M. Rohmer ne croit pas à l'action spécifique des vaccins. La transfusion doit être pratiquée avec une extrême lenteur. L'hypophyse, l'adrénaline comptent des succès. Dans les formes graves, il faut faire des transfusions toutes les quarante-huit heures.

Empyème dans la première enfance. — M. J. Huber (Paris) recommande la temporisation, les interventions économiques et courtes, le drainage des espaces intercostaux par capillarité.

Transfusion chez les nourrissons. — M. Verge (Québec) a obtenu d'heureux résultats par les transfusions chez les athrepsiques et dans le melæna du nouveau-né. Chez le nourrisson, en général, les indications médicales et chirurgicales sont les mêmes que chez l'adulte.

Rhumatisme et biotropisme. — M. J. Huber (Paris) rappelle les cas de rhumatisme articulaire et cardiaque post-sérothérapiques avec leurs sanctions pratiques, thérapeutiques, médico-légales et biologiques.

Cardites congénitales. — MM. Letondal et Trudel (Montréal) rapportent des cas de cardites congénitales. Il s'agit bien d'une inflammation du cœur en général et non d'une simple myocardite. Julien Huber.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1934.

La vessie retrouve-t-elle un fonctionnement régulier après la destruction étendue de la moelle? — MM. Hermann, Morin et Vial. Se fondant sur les expériences de Goltz et Ewald, et de Müller, physiologistes et neurologues admettent généralement qu'après la destruction de la moelle, toute possibilité de miction spontanée n'est pas abolie.

Les auteurs montrent que sur un chien, dont la moelle a été sectionnée au-dessus de D^1, la rétention d'urine demeure absolue plus de six mois après la destruction des centres vésico-spinaux. Cette observation ne confirme donc pas l'opinion de Goltz et Ewald, tandis qu'elle s'accorde avec la conclusion de Roussy et Rossi : une fois séparée des centres médullaires, la vessie ne retrouve pas de fonctionnement régulier réflexe ou automatique.

Les secours d'urgence aux asphyxiés. — MM. Nicloux et Legendre insistent sur les secours d'urgence aux asphyxiés. Ceux-ci permettent de sauver chaque jour de nombreuses vies et joueraient un rôle capital dans la défense des populations civiles contre le péril aérien. On sait d'ailleurs que les sapeurs-pompiers de Paris ont organisé un service spécial qui accourt au premier appel et qui ne compte plus ses heureuses interventions. MM. Nicloux et Legendre rappellent le développement en France de ces notions, dont ils ont pris l'initiative et auxquelles ils ont apporté la plus large contribution. Ils précisent ensuite les meilleures techniques de sauvetage et de respiration artificielle et définissent les rôles respectifs du sauveteur occasionnel ou professionnel et du médecin.

Sur un cas d'ictère grave familial du nouveau-né guéri par hémothérapie. — MM. Péhu et A. Brochier (de Lyon) apportent une observation d'ictère grave familial avec érythroblastose, du type maladie de Pfannenstiel, traité par des injections intramusculaires de sang.

Cette thérapeutique a amené la guérison de l'ictère. C'est le premier cas traité en France avec succès.

La dénatalité. — M. Devraigne jette un nouveau cri d'alarme au sujet de la dénatalité en France.

La situation de notre pays devient angoissante à une époque où s'avère la faiblesse de la France vis-à-vis de ses voisins et de la race blanche vis-à-vis des autres races, en particulier de la race jaune.

Les causes de la dénatalité de la France sont surtout morales, M. Devraigne le montre avec vigueur : « Si l'égoïsme, dit-il, avec besoin de luxe et de jouissance, continue à sévir contre l'intérêt bien compris de la collectivité, si l'Etat ne réagit pas énergiquement et reste sourd aux appels des natalistes qui signalent le danger, c'est la disparition à coup sûr de la France, d'ici cinquante ans, du rang des grandes nations. »

Etude de la teneur du sérum sanguin de l'homme en amino-acides et polypeptides à l'aide d'un nouveau procédé de dosage global de ces corps. — M. Cherbuliez et Mme Anna Herzenstein.

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Léon Bernard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en 1re ligne, M. Debré. En 2e ligne, MM. Burnet, Dujarric de la Rivière, Nègre, Tanon, Weill-Hallé. Adjoint par l'Académie : M. Heim de Balsac. Au premier tour de scrutin, M. le professeur Robert Debré est élu par 52 voix sur 82 votants.

M. Tanon obtient 28 voix ; M. Weill-Hallé, 1 voix ; 1 bulletin blanc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 7 décembre 1934.

Méningite ourlienne primitive chez une femme tuberculeuse avec bacilles de Koch dans les crachats. — MM. G. Mironesco et P. Floresco rapportent l'histoire d'une femme de vingt-sept ans atteinte de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère qui, après avoir soigné un de ses enfants atteint d'oreillons présentait un syndrome méningé. La ponction lombaire donna un liquide céphalo-rachidien d'aspect normal, non hypertendu, contenant de très nombreux lymphocytes, sans bacilles de Koch visibles à l'examen direct, et stérile à l'ensemencement. C'est seulement quelques jours après l'apparition de ce syndrome méningé que se montra la tuméfaction parotidienne bilatérale symptomatique des oreillons. Le syndrome méningé rétrocéda rapidement et la malade guérit.

Septicémie à pneumobacilles avec méningite. — MM. Raillet, Peiono et Morel (de Reims) relatent l'observation d'un adolescent brusquement atteint d'un état septicémique grave avec signes méningés discrets. Il s'agissait d'une septicémie à pneumobacilles avec localisation méningée. La tendance hémorragique se manifesta par un purpura généralisé. Mort au seizièmejour après une rémission fugace.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Formes évolutives propres aux intolérances rénales. — MM. A. Tzanck et Al. Hegranu pensent que les intolérances rénales peuvent présenter dans certains cas des évolutions particulières, qui tiennent non pas au processus lui-même, mais aux fonctions de l'organe sur lequel elles se manifestent. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations de formes à évolution grave et de formes à évolution prolongée.

La connaissance de ces faits élargit singulièrement le cadre des intolérances rénales qui peuvent donc être mortelles ou présenter une évolution subaiguë. Les critères indispensables au diagnostic ne sont donc ni l'évolution bénigne, ni la *restitutio ad integrum*, mais l'apparition pour une dose minime de médicament ou pour une substance anodine pour tout autre sujet, et plus tard la persistance de la sensibilité rénale vis-à-vis de cette même substance.

Bronchiectasie et thrombose de l'artère bronchique. — MM. Ameuille et J.-M. Lemoine présentent encore une observation de bronchectasie à l'autopsie de laquelle on a pu trouver par de patientes recherches une thrombose ancienne et complète des artères bronchiques distribuées au territoire atteint. C'est la troisième fois qu'ils font pareille constatation : cette dernière observation est la plus complète. Elle met hors de doute la coïncidence de la thrombose de l'artère bronchique et de la bronchiectasie, et amène à établir entre les deux un rapport de causalité.

Cette thrombose explique mieux que toute autre hypothèse l'extraordinaire dilatation du réseau capillaire sous-muqueux dans les bronchiectasies, dilatation qui est cause de tant d'hémoptysies redoutables.

L'étude de la thrombose artérielle bronchique est entourée de difficultés, en raison du faible calibre des vaisseaux bronchiques, de leur enchevêtrement avec les organes du médiastin et du hile, enfin de leurs nombreuses anomalies. C'est pour cette raison probablement que leur étude n'a guère été faite jusqu'à présent dans les maladies pulmonaires.

Une difficulté analogue, et pourtant beaucoup moindre, s'est présentée autrefois avant qu'on rapporte à leur juste cause, c'est-à-dire la thrombose coronarienne, les infarctus et les scléroses du myocarde.

M. Kindberg, dans les deux derniers cas de dilatation des bronches qu'il a observés, a retrouvé une oblitération des artères bronchiques. Ce mécanisme explique peut-être que certaines suppurations pulmonaires se compliquent de dilatation des bronches alors que d'autres ne s'en compliquent pas.

Erythème noueux après section de brides. — MM. F. Coste et J. Bernard ont observé après une section de brides un érythème noueux précédé d'une angine et compliqué secondairement d'une néphrite aiguë congestive. Alors que tous ces phénomènes s'amendaient, survint une perforation pulmonaire avec pleurésie purulente streptococcique extrêmement virulente. La malade est néanmoins actuellement en voie d'amélioration. Les auteurs discutent l'origine allergique de l'érythème noueux.

M. Cathala rappelle un cas récent publié par Nobécourt et Gouyen et un cas personnel dans lesquels une rougeole compliquée d'abcès du poumon fut suivie d'érythème noueux. Contrairement à Nobécourt qui se base sur l'apparition d'une cuti-réaction positive pour attribuer son cas à la tuberculose, il pense qu'il s'agit d'un phénomène allergique non tuberculeux.

M. Et. Bernard souligne que dans la section de brides c'est quand le collapsus est total qu'apparaissent les accidents infectieux.

M. Rist, longtemps sceptique sur les relations entre tuberculose et érythème noueux, en a été convaincu par deux cas récents : un cas de tubercule primitif de la conjonctive suivi au bout de quelques semaines d'érythème noueux, et le cas d'une étudiante en médecine qui, seule d'une famille de sept enfants, présentait une cuti-réaction négative ; au cours d'une épidémie familiale de coryza épidémique fébrile, elle présenta un érythème noueux et sa cuti-réaction devint positive. Il est possible qu'une infection banale joue un rôle déclenchant.

M. L. Kindberg pense que le rôle de la tuberculose est bien établi.

M. Paraf remarque qu'à côté des cas d'érythème noueux coïncidant avec le début de la période allergique et qui sont les plus fréquents existent des cas complexes d'étiologie plus discutée. Il souligne la fréquence de plus en plus grande des cuti-réactions d'apparition tardive dans la classe aisée.

M. Ravina constate que l'érythème noueux survient chez des tuberculeux peu atteints ; il n'a jamais noté de causes déclenchantes. Il a observé un cas d'érythème noueux à la suite de l'arrêt d'un pneumothorax.

M. Debré rappelle que tous les médecins d'enfants sont convaincus que l'érythème noueux est lié à un début de tuberculose. Mais l'intensité des phénomènes associés est des plus variable et peut, dans les cas sévères, aller jusqu'à l'apparition de fièvre, de douleurs articulaires, d'énanthème et même d'un foyer spléno-pneumonique. Il est des cas plus difficiles à interpréter dans lesquels l'érythème survient après une petite maladie infectieuse non tuberculeuse ou chez un tuberculeux ancien. Wallgreen pense que l'apparition de l'érythème noueux coïncide avec une variation brusque de l'état allergique du sujet.

M. Kourilsky souligne la fréquence de l'intrication de phénomènes tuberculeux et inflammatoires. Il ne croit pas que ces phénomènes soient uniquement fonction de l'allergie cutanée. Un collapsus brusque est susceptible de provoquer des accidents infectieux.

M. Milian rappelle que le tréponème peut déclencher un érythème noueux ; Mauriac avait décrit un érythème noueux syphilitique. En réalité, le traitement ne fait pas disparaître l'érythème noueux et il s'agit de biotropisme.

Ostéopsathyrose chez la mère et la fille. — MM. Crouzon et Macé de Lépinay présentent deux malades atteintes de maladie de Lobstein ; il s'agit de la mère et de la fille ; l'interférométrie montre l'existence d'un certain degré d'insuffisance parathyroïdienne.

Diabète insipide. Action du régime déchloruré sur la polyurie. Considération sur l'élimination des chlorures. — MM. Jacques Decourt, L. Meyer, M. Audry et R. Lesourd rapportent un cas de diabète insipide dont la polyurie est influencée par la teneur du régime en chlorure de sodium. Le taux des urines, qui se maintient entre 9 et 11 litres lorsque le malade prend 10 grammes de NaCl, tombe entre 3 et 6 litres lorsqu'il est soumis au régime

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

déchloruré. Les auteurs ne croient cependant pas que la polyurie ait pour cause une simple diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium, comme le pensent certains auteurs. Ils constatent, en effet, que la suppression quasi complète de tout apport chloruré ne parvient pas à réduire tout à fait la polyurie, alors que le pouvoir concentrateur du rein est suffisant pour assurer, à ce régime, l'élimination des chlorures. Ils montrent d'autre part que, sous l'influence de la post-hypophyse, la réduction de la diurèse aqueuse précède l'élévation de la concentration urinaire du chlorure de sodium. Cette substance peut donc assurer la fixation de l'eau dans les tissus indépendamment de toute amélioration du pouvoir concentrateur du rein.

Septicémie staphylococcique lente à localisation osseuse. — MM. L. DE GENNES, R. WORMS, WELLERWALD et R. DE VÉRICOURT présentent un cas de septicémie à staphylocoques évoluant depuis onze mois. Des localisations osseuses d'aspect dramatique ont guéri par la simple immobilisation qui semble dans ces cas supérieure à l'intervention chirurgicale. Au troisième mois sont apparus d'énormes œdèmes avec inversion du rapport sérine-globuline.

Fièvre éruptive streptococcique. — MM. L. DE GENNES et WELLERWALD rapportent un cas de fièvre éruptive dont l'origine streptococcique fut prouvée par hémoculture.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *novembre* 1934.

Le président fait part aux membres de la Société du décès de M. CHASTENET DE GÉRY. La séance est levée en signe de deuil.

Entorse grave du genou. — A la reprise de la séance, M. MOUCHET rapporte une observation de M. FOLLIASSON (de Grenoble) qui a eu l'occasion d'opérer un arrachement du ligament latéral interne, compliqué de désinsertion des ligaments croisés et du ménisque interne. L'auteur ne tente pas la réfection des croisés. Excellent résultat fonctionnel après réfection du ligament interne et ablation du ménisque.

M. ROBERT MONOD, dans un cas, a été obligé de pratiquer secondairement une opération de Hey Grooves.

Épanchment sanguin sous-périosté et extradural avec fracture du crâne. — M. PETIT-DUTAILLIS analyse cette observation de M. M. ARNAUD (Marseille). Trépanation. L'examen des radiographies et l'interrogatoire permettent de poser le diagnostic rétrospectif d'hypertension intracranienne antérieure au traumatisme. Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur cérébrale encore latente.

Tumeur du creux poplité. — M. AUVRAY présente une tumeur du creux poplité dont il a fait l'ablation et qui se trouvait être un fibro-angiome né aux dépens du ligament postérieur du genou. C'est le troisième cas publié jusqu'ici.

M. AROU a personnellement observé un cas de fibrome du creux polité.

Compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique due à l'appendicite. — L'observation de MM. PIERRE DUVAL et J.-CH. ROUX concerne une malads présentant un syndrome typique de compression mésentérique du duodénum dont la durée fut de cinq mois et apparut après une crise d'appendicit.e On trouve à l'intervention une appendicite chronique et un gros ganglion préduodénal. Guérison complète.

M. LARDENNOIS a opéré un cas à peu près identique.

M. MOURE a souvent trouvé des ganglions mésentériques.

M. OKINCZYC a, dans un cas, dû faire une duodéno-jéjunostomie complémentaire après appendicectomie.

M. LEVEUF rappelle les travaux de Delbet, de De Vadder et de Bercéanu.

Leiomyome du grêle avec volvulus. — M. OKINCZYC rapporte cette intéressante observation de MM. BENOIT et ALIVISATOS. Evolution par poussées de subocclusion avec volumineuse tumeur pelvienne. Résection de la tumeur et de sa base d'implantation. Guérison.

Schwannome de l'estomac. — M. SOUPAULT rapporte cette intéressante observation de M. TIERNY (d'Arras), et insiste sur l'intérêt de la radiographie en position de Trendelenbourg. Excision simple. Guérison.

M. MONDOR a opéré un schwannome volumineux, et tient à montrer les difficultés du diagnostic.

M. PICOT également.

M. LARDENNOIS a revu en excellent état sa malade opérée en 1928.

Poignet à ressort. — Présentations de radiographies par M. MOUCHET.

Séance du 28 *novembre* 1934.

Fistules du grêle. — M. ROUHIER est partisan de la fistulisation du grêle dans certaines occlusions.

M. SOUPAULT rappelle que les Américains ont pratiqué avec succès un anus terminal sur le grêle dans certaines affections.

M. ALGLAVE insiste sur la nécessité pour le gros intestin d'être libre et non occlus, au-dessus d'une fistule du grêle.

M. LARDENNOIS cite un cas d'anus terminal sur le grêle avec survie et même augmentation de poids.

M. SORREL a vu des cas analogues.

Rétrécissement cardio-œsophagien. — M. FRUCHAUD a pratiqué dans un rétrécissement essentiel une opération de Heller (œsophagotomie extramuqueuse) et obtenu un succès.

Voie d'abord de la première côte. — M. FRUCHAUD discute les voies d'abord et insiste sur la nécessité d'affaisser complètement le sommet du poumon. D'après ses statistiques, il conclut à la voie postérieure qui permet d'enlever cette côte largement.

M. MAURER insiste sur de faux aspects d'affaissement des cavernes et sur la nécessité de pratiquer des opérations appropriées au siège de celles-ci.

M. PROUST remarque aussi la possibilité d'ensemencement en cas d'ablation totale, en un seul temps.

M. LARDENNOIS préconise également une adaptation des techniques aux différents cas.

M. R. MONOD insiste sur l'utilité des thoracectomies fractionnées et sur l'usage éventuel du plombage paraffiné.

Œdème du pancréas. — M. GRÉGOIRE rapporte ce travail de M. R. COUVELAIRE. Dans le premier cas, un homme de quarante-cinq ans meurt avant toute intervention

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

L'autopsie montre un pancréas énorme, et le canal cholédoque s'ouvre à un centimètre au-dessus de l'ampoule de Vater. Le reflux biliaire ne pouvait donc pas exister. On peut songer à une cause générale, car le foie et la rate contenaient de petits foyers hémorragiques et le péricarde un épanchement séro-sanglant. Ce serait aussi peut-être un phénomène d'anaphylaxie locale, comme le phénomène d'Arthus.

Dans le second cas, on vit à l'intervention un énorme pancréas ; le malade guérit, mais le quatrième jour survient un nouvel accident. L'anesthésie fut seule pratiquée et, dès le réveil, le malade avait cessé de souffrir.

Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Braine montre un malade auquel il fit faire un traitement radiothérapique. La récidive ne se produisit qu'au bout de quatre ans.

M. Roux-Berger estime qu'on peut faire une biopsie juste avant le traitement radiothérapique.

M. Oxinczyc a opéré des tumeurs à myéloplaxes qui avaient des signes radiologiques de sarcome malin.

M. Mouchet insiste aussi sur l'intérêt de la biopsie.

MM. Ameline et Roux-Berger ont cependant vu des explosions déclenchées par la biopsie.

M. Sorrel n'en a pas vu, mais il a observé des généralisations. Henri Redon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 novembre 1934.

Caractères d'un bacille acido-résistant isolé d'un cobaye inoculé avec un liquide pathologique d'origine humaine. — M. Paul Boquet étudie un bacille qui présente des propriétés pathogènes médiocres à l'égard des animaux réceptifs aux bacilles des mammifères et aux bacilles aviaires. Mais il diffère aussi nettement des bacilles paratuberculeux communs par ce fait qu'il confère au cobaye une allergie très accentuée et qu'il acidifie le milieu synthétique de Sauton en produisant une tuberculine dont l'activité, mesurée par la réaction dermique, n'est inférieure que de moitié à celle de la tuberculine de Koch.

Remarques à propos d'un bacille acido-résistant. — M. A. Boquet a constaté, comme d'autres expérimentateurs, que des bacilles acido-résistants d'origines diverses et doués de propriétés pathogènes souvent peu marquées, se rapprochent néanmoins beaucoup plus des bacilles tuberculeux que des bacilles paratuberculeux par leurs caractères bio-chimiques, leurs propriétés antigènes, allergisantes ou tuberculinigènes. A cet égard, le bacille qui fait l'objet de ces remarques présente même des analogies évidentes avec les variétés S des bacilles des mammifères, sinon au moment où celles-ci se dissocient, du moins lorsqu'elles se sont dégradées après plusieurs passages sur les milieux artificiels.

Sur quelques caractères et en particulier sur la lyse spontanée des streptocoques isolés dans l'expectoration des asthmatiques et des bronchitiques chroniques. — M. F. Nitti a trouvé parmi les streptocoques isolés chez ces malades, un certain nombre de souches se caractérisant par leur tendance à la lyse spontanée, lyse qui n'est pas transmissible en série. On peut se demander si ce n'est pas pendant leur séjour dans les voies aériennes que ces germes ont perdu le pouvoir de s'adapter aux milieux artificiels de culture. L'auteur n'a jamais observé ces phénomènes de lyse sur des souches venant d'infections streptococciques graves humaines ou animales.

Etude de l'action de divers corps chimiques sur le virus poliomyélitique « in vivo » et « in vitro ». — MM. G. Hornus et P. Haber ont étudié l'action de quelques composés chimiques, tant dans leur action préventive, après injection à l'animal avant toute inoculation, que dans leur action *in vitro* sur le virus poliomyélitique, administré ensuite au singe par instillations nasales.

L'ensemble de leurs recherches confirme la notion de la grande résistance du virus poliomyélitique vis-à-vis des divers antiseptiques.

L'action antirachitique du sirop iodotannique phosphaté. — R. Gallier a pu constater sur le rat que la combinaison iodotannique réalisée selon les conditions indiquées dans la Pharmacopée française pour le sirop iodotannique simple, n'entrave pas l'action antirachitique propre du phosphate monocalcique, même aux doses minima d'action.

Analyse biologique de la manne de frêne. — M. R. Lecoq a constaté chez le pigeon, le cobaye et le rat, que la manne en larmes est pratiquement dépourvue de vitamines A et C, mais qu'elle renferme une certaine quantité de vitamines B et surtout une assez forte proportion de vitamine D antirachitique. La manne du frêne apparaît par ailleurs, quand elle se trouve en doses élevées dans la ration, génératrice de déséquilibre alimentaire.

Action antirachitique comparée des méthylphosphates, des glycérophosphates et de la lécithine. — M. R. Lecoq et Mlle M.-L. Barban montrent, en s'appuyant sur la calcification de jeunes rats préalablement rachitisés, que pour une même teneur en phosphore, le méthylphosphate de calcium est moins antirachitique que les glycérophosphates de calcium. Par contre, l'activité antirachitique de la lécithine apparaît, pour une même teneur en phosphore, analogue à celle de l'acide phosphorique.

Séance du 24 novembre 1934.

Activation de la forme filtrable du bacille tuberculeux par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. — M. H.-D. Boer confirme les expériences de L. Nègre, J. Valtis et F. Van Deinse, d'après lesquelles les cobayes inoculés avec des filtrats de cultures ou d'organes tuberculeux ne contractent jamais de lésions tuberculeuses, alors qu'on observe l'apparition de lésions tuberculeuses typiques chez des cobayes inoculés avec les mêmes filtrats et traités ensuite par des injections bi-hebdomadaires d'extrait acétonique de bacilles de Koch.

De ces lésions l'auteur a pu isoler des cultures de bacilles tuberculeux.

Groupes sanguins chez les Indiens Guaranis. — M. L. Ribiero, dans une note présentée par M. Dujarric de la Rivière, rappelle qu'on a trouvé chez les habitants de Macassar, Java, Sumatra, dans les Iles Philippines et chez les Peaux-Rouges le groupe σ presque à l'état pur. Les recherches de Snyder sur les indigènes de l'Amérique du Nord ont donné 91,3 p. 100, et plus récemment en 1933, celles de C.-A. Viala, à l'Equateur, ont atteint 95,5 p. 100.

Chez les indigènes du Brésil, pour la première fois, il a trouvé le groupe σ à l'état pur : chez 167 individus de tous âges et des deux sexes, de plusieurs familles, 100 pour 100 des sujets appartenaient au même groupe.

Syphilis et néoplasmes. — MM. C. LEVADITI et J. ARAGER. — Au cours de l'évolution d'un fragment de chancre de lapin dans la masse d'une tumeur sarcomateuse ou carcinomateuse, chez la souris, les tréponèmes demeurent strictement cantonnés dans le greffon, qui d'ailleurs se révèle virulent. Ils ne s'insinuent tout au plus que parmi les cellules immédiatement adjacentes. La tumeur elle-même est dépourvue de tréponèmes, mais elle n'en est pas moins manifestement virulente le cinquième jour, tandis qu'elle paraît l'être moins le huitième jour après la greffe. Enfin, les ganglions des souris ainsi traitées se montrent virulents, ce qui prouve une généralisation de la tréponémose dans le système lymphatique périphérique.

Évolution du virus rabique des rues dans les éléments épithéliaux dérivés de l'ectoderme et de l'endoderme. — MM. C. LEVADITI, R. SCHŒN et J. LEVADITI ont constaté que seuls les épithéliums de la cornée sont susceptibles de réagir à l'égard du virus rabique des rues, par la formation de corpuscules oxyphiles analogues aux corps de Negri. Tous les autres éléments épithéliaux d'origine ecto ou endodermique (conjonctive, muqueuse nasale, muqueuse buccale et trachéo-bronchique, muqueuse intestinale), de même que les cellules de la substance médullaire de la capsule surrénale, se comportent différemment. Tout en constituant une porte d'entrée favorable à la dispersion du virus rabique (neuroprobasie centripète), ils ne tolèrent pas la formation de corps de Negri. De ce point de vue, l'épithélium cornéen est celui qui se rapproche le plus de certains neurones, qui, en vertu de leur origine ectodermo-névraxique, facilitent l'évolution intracellulaire du virus de la rage, ainsi que l'éclosion de la phase visible de son cycle évolutif (corps de Negri).

La thyroïde dans un cas d'épithélioma dendritique de la mamelle chez la souris. — MM. L. MERCIER et L. GOSSELIN signalent une modification de l'activité sécrétoire de la glande thyroïde en rapport avec l'évolution d'un épithélioma dendritique de la mamelle chez la souris, et ils insistent sur le fait que, dans le cas étudié, l'augmentation de l'activité sécrétoire constatée est indépendante de la gestation. Il est donc probable que cette hyperactivité de la glande thyroïde est liée à la diathèse cancéreuse ayant abouti à l'apparition d'un cancer de la mamelle.

Séance du 1er décembre 1934.

Antagonisme de l'ion potassium et de l'ion magnésium sur l'adrénalinosécrétion. — MM. R. HAZARD et L. WURMSER montrent que l'ion magnésium affaiblit l'action hypertensive et l'action hyperglycémiante exercée par l'ion potassium en diminuant l'adrénalinosécrétion provoquée par ce dernier.

Le potassium du sang dans les différentes formes du diabète sucré. — MM. F. RATHERY et J. BERTOLIATTI. — Chez les diabétiques simples la kaliémie plasmatique est en général normale. Dans certains cas cependant elle peut être légèrement augmentée. Le potassium globulaire et le potassium du sang total varient dans des limites normales.

Chez les diabétiques consomptifs, la kaliémie plasmatique est nettement augmentée ; la kaliémie globulaire et celle du sang total restent dans des limites normales. Elles ne sont pas influencées après un mois de traitement insulinique. Même après un traitement par l'insuline de plusieurs mois, la kaliémie plasmatique, tout en s'abaissant, reste encore au-dessus du taux normal.

Il serait intéressant de suivre pendant longtemps les diabétiques simples à kaliémie augmentée pour savoir si on n'assisterait pas à une aggravation de leur diabète.

Les quelques cas de coma et de complications du diabète sucré que nous avons étudiés, ne semblent pas indiquer de relation entre le taux de la kaliémie et ces complications.

Dans le diabète bronzé nous n'avons pas trouvé de modifications de la kaliémie.

Toxine staphylococcique. — MM. Henri BONNET et P. NÉLIS étudient l'action de la toxine staphylococcique, introduite dans le canal rachidien du lapin par ponction sous-occipitale. Son action neurotoxique se manifeste par des troubles de la motilité se traduisant par des mouvements convulsifs et des contractures ; l'arrêt de la respiration précède l'arrêt cardiaque. Cette action est proportionnelle à la dose injectée.

Modes d'inoculation du virus lymphogranulomateux aux simiens réceptifs. — MM. Jean LEVADITI et L. REINIÉ concluent de leurs recherches que le virus lymphogranulomateux est pathogène pour le singe, lorsqu'il est injecté dans les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse ou une articulation, alors qu'il paraît dépourvu de toute action sur les muqueuses anale, nasale et urétrale. Ces faits confirment ainsi l'affinité du virus pour le système réticulo-endothélial. Ils montrent, de plus, que son pouvoir pathogène est plus marqué pour l'homme que pour les simiens, attendu que des contaminations urétrales et anales ont déjà été signalées en clinique humaine.

Etude expérimentale de différents sels d'or sur le sang. — M. Pr. COTTARD a étudié expérimentalement l'action des différents sels d'or sur le sang d'animaux normaux. Avec des doses subtoxiques, on observe une augmentation assez sensible et assez durable des globules rouges et une légère leucocytose avec polynucléose atteignant son maximum en un mois environ. Avec des doses moyennes répétées un petit nombre de fois, l'augmentation des globules rouges est temporaire et, le plus souvent, il y a très légère leucocytose. Des doses moyennes longtemps prolongées donnent d'abord une augmentation, puis une diminution progressive des globules rouges, une augmentation d'abord légère, puis très sensible des leucocytes.

Propriétés biologiques et nombre des variétés dissociées en particulier des cultures de bacilles tuberculeux d'origine aviaire. — MM. A. SAENZ et L. COSTIL ont été conduits à admettre antérieurement, comme les auteurs américains, que les bacilles aviaires et des mammifères peuvent se dissocier en quatre variantes S, F. S., R et Ch., qui se distinguent par leurs propriétés biologiques, physico-chimiques et leur virulence.

SOCIÉTÉS SAVANTES (Suite)

Mais s'il n'est pas douteux que les deux variétés R et S de chaque souche dissociée méritent de conserver leur autonomie, il n'en est pas de même en ce qui concerne les colonies de la variété F. S. qui perdent leurs caractères morphologiques au cours des réensemencements ; comme, d'autre part, il est facile de les obtenir régulièrement à partir de la variété S, on ne peut donc considérer le type F. S. comme une variété autonome.

En ce qui concerne la variété Ch., elle présente des caractères autonomes spécifiques qui permettent de la différencier nettement des deux variétés extrêmes S et R. Mais on observe que les animaux inoculés avec cette variété Ch. répondent de la même façon à la variété R correspondante.

En réalité, il n'existerait donc, dans chaque souche de bacille aviaire, que deux types de colonies réellement différenciés. F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 novembre 1934.

Un cas de cyto-stéato nécrose chez un nouveau-né. — MM. L. Babonneix et Diriart présentent un nourrisson chez lequel est apparu, quelques jours après la naissance, un placard rouge violacé occupant les téguments de la région dorsale ; il s'agit d'autant plus vraisemblablement de cyto-stéatonécrose que l'enfant étant né en état de mort apparente avait été flagellé et que les lésions ont rétrocédé rapidement sans jamais retentir sur l'état général.

Tibias hérédo-syphilitiques. — MM. L. Babonneix, Macé et Mme Jourdan présentent un enfant de dix ans atteint d'ostéite hérédo-syphilitique des tibias affectant à droite l'aspect du tibia en lame de sabre tandis qu'à gauche existent sur le bord antérieur de l'os deux saillies superposées séparées par du tissu osseux normal.

Gangrène d'un nævus étendu du pied chez un nourrisson de deux mois. — MM. J. Hallé et J. Leveuf.

Un cas de tuberculose congénitale. — MM. H. Grenet, M. Metzger, A. Héraux et J. Mézard rapportent un cas indiscutable de tuberculose congénitale ; il s'agit d'un enfant extrait par césarienne au huitième mois de la grossesse chez une femme qui étant alors en pleine méningite tuberculeuse devait mourir cinq jours plus tard. Séparé, dès la naissance, de sa mère, l'enfant présenta vers le cinquantième jour des troubles intestinaux, des vomissements et une chute de poids ainsi que des râles disséminés dans les deux poumons, un gros foie et une grosse rate ; la cuti-réaction était négative. L'enfant mourut à l'âge de deux mois.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une tuberculose granulique des poumons, de la rate, du foie, des méninges ; l'examen histologique a montré la présence de follicules tuberculeux dans tous les viscères, même ceux ne paraissant pas lésés macroscopiquement, et de très nombreux bacilles tuberculeux. Les inoculations ont montré qu'il s'agissait d'un bacille tuberculeux humain déterminant chez le cobaye une tuberculose du type Villemin.

Primo-inoculation tuberculeuse cutanée et adénite satellite traitée chirurgicalement. — M. Coffin rapporte un cas de primo-inoculation tuberculeuse de la peau paraissant s'être faite par les glandes sudoripares ; l'extirpation chirurgicale de la masse ganglionnaire suppurante a été suivie d'une guérison stable.

M. Hallé a observé chez un nourrisson un chancre tuberculeux de la région malaire qui fut bientôt suivi d'une infection généralisée mortelle ; il semble que les enfants plus grands fassent moins souvent une généralisation tuberculeuse.

M. Lesné indique qu'il faut distinguer au point de vue du pronostic la primo-infection tuberculeuse avec suppuration ganglionnaire, qui est bénigne, et l'infection tuberculeuse de la peau chez un enfant antérieurement contaminé, qui l'est beaucoup moins.

M. Tixier, dans un cas de primo-infection tuberculeuse de la peau prise par erreur pour une mycose, a constaté une action favorable de l'iodure de potassium.

M. Lelong considère que le pronostic des primo-infections tuberculeuses de la peau doit être fait dans chaque cas particulier et dépend du nombre des bacilles infectants, du mode de contage, etc.

M. Marquézy signale à ce propos qu'une contamination paucibacillaire peut très bien chez un jeune enfant engendrer une tuberculose maligne et qu'un contage court et raréfié n'est pas un élément très sûr un pronostic favorable.

Observations d'enfants ayant ingéré du BCG peu après la naissance et contaminés au cours des années suivantes. — M. Coffin ayant constaté dans plusieurs familles que des enfants vaccinés par le BCG avaient été contaminés en même temps que leurs frères ou sœurs non vaccinés et avaient présenté les mêmes stigmates radiologiques, conclut qu'on n'est pas assuré, par la voie digestive, de faire pénétrer le vaccin dans l'organisme.

M. Marfan est frappé de ce que, dans les observations rapportées, la cuti-réaction soit restée négative pendant des années après l'ingestion du BCG ; il est persuadé que la cuti-réaction négative signifie qu'il n'y a pas eu vaccination, malgré l'opinion contraire émise à plusieurs reprises par Calmette.

On ne peut être vacciné que si on a été infecté, et dans ce cas la cuti-réaction doit être positive ; peut-être le BCG par la voie sous-cutanée est-il plus efficace que le BCG par voie buccale.

M. Cathala se demande si le vaccin n'a pas tout de même été utile puisque les enfants ont tous fait des formes curables lorsqu'ils ont été infectés.

M. Coffin précise qu'il n'a noté aucune différence entre les vaccinés et les non-vaccinés : les uns et les autres ont présenté les mêmes signes cliniques, la même chute de poids, les mêmes signes radiologiques, la même évolution.

M. Marfan insiste sur ce fait que la cuti-réaction est pour lui un test de maladie ; le BCG doit, s'il est absorbé, provoquer une maladie atténuée immunisante entraînant une cuti-réaction positive ; si celle-ci ne se produit pas, c'est que le vaccin n'a pas été absorbé.

M. Marquézy a été frappé du pourcentage minime de cuti-réactions positives chez les enfants ayant ingéré du BCG ; lorsque la cuti-réaction est positive, il s'agit toujours d'enfants contaminés : la cuti-réaction conserve par conséquent chez l'enfant vacciné au BCG sa valeur diagnostique habituelle. Il serait bon de préciser celle de l'intradermo-réaction qui serait plus sensible.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

AGOMENSINE et SISTOMENSINE CIBA. — Substances extractives de l'ovaire, à action différenciée et antagoniste, l'une activant la fonction menstruelle et l'autre la régularisant.

INDICATIONS. — **Agomensine** : Symptômes aménorrhéiques. — **Sistomensine** : Symptômes hyperménorrhéiques.

Laboratoires Ciba, 109, Boulevard de la Part-Dieu, à Lyon.

ANDROSTINE CIBA (Extrait complémentaire). — Hormone hétérologue issue de la lignée spermatogénétique. Action neutralisatrice dans l'hyperovarie, les troubles de la puberté et la ménopause. Peut se formuler en association avec l'agomensine ou la sistomensine, suivant le cas.

INDICATIONS. — Aménorrhée, troubles de la ménopause, hypersthénie génitale.

Laboratoires Ciba, 109, Boulevard de la Part-Dieu, à Lyon.

APHLOINE TROUETTE-PERRET. — Elixir contenant en totalité les principes extra-actifs des plantes tropicales Aphloia, Piscidia, Hamamélis, Hydrastis, Viburnum.

INDICATIONS. — Troubles de la ménopause, de la puberté et du système veineux.

Trouette-Perret, 61, avenue Philippe-Auguste, Paris (XIe).

CAPSULES OVARIQUES VIGIER. — A 0gr,20 de substance ovarienne.

DOSES. — 2 à 6 capsules par jour.

INDICATIONS. — Ménopause (naturelle et post-opératoire), aménorrhée, chloro-anémie, etc.

Huerre et Cie, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

CEINTURE GYNECIA. — Ceinture idéale de maternité, soutient et conserve l'allure élégante. Grâce à son triple laçage extensible et à son panneau mobile interchangeable, peut être employée pendant et après la grossesse.

Moch et Dame Coullaud, 61, rue Saint-Charles, Paris (XVe).

ENDOCRISINES. — **Ovaire** (Cachets, comprimés, solutions injectables). — Toutes les indications de l'opothérapie ovarienne.

Solutions injectables de lobe postérieur d'hypophyse en ampoules de 1 centimètre cube correspondant à 5 unités physiologiques (spécialement destinées à l'usage obstétrical).

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

FOLLESTRINE GRÉMY. — Hormone folliculaire physiologiquement titrée (granules et ampoules),

INDICATIONS. — Aménorrhées de la formation hypoménorrhées, dysménorrhées, disparition des troubles vaso-moteurs de la femme adulte, ménopause.

Laboratoires Grémy, 14, rue de Clichy, Paris.

FOLLICULINE CHOAY. — Extraite du liquide folliculaire ovarien. Ampoules titrées à 250 et à 500 unités internationales.

INDICATIONS. — Hypoplasie utérine, infantilisme génital, insuffisance ovarienne, ménopause naturelle ou opératoire.

Laboratoire Choay, 48, avenue Théophile-Gautier, Paris (XVIe).

GYNOCALCION. — Accidents de la *ménopause* et de la *puberté* chez la femme. Troubles endocriniens. Action sympathico-tonique du calcium et du phosphore unie au traitement opothérapique.

Gynocalcion M (ménopause) : quatre dragées trois fois par jour, dix à quinze jours par mois dans les jours qui suivent les règles.

Gynocalcion P (puberté) : quatre dragées trois fois par jour, huit jours avant les règles et huit jours après.

Laboratoires Cortial, 7, rue de l'Armorique, Paris.

HOLOVARINE. — Cachets ou dragées dosés à 0gr,10 et 0gr,20 de poudre d'ovaire intégral. — Odeur agréable. Assimilation facile. La préparation spéciale permet au produit de conserver toutes ses propriétés.

INDICATIONS. — Toutes les insuffisances ovariennes, troubles de la puberté, de la ménopause, de la menstruation, de la grossesse, stérilité, etc.

Laboratoires de l'Endopancrine, 48, rue de la Procession, Paris (XVe).

IODALOSE GALBRUN. — Iode physiologique, assimilable. Artériosclérose, maladies du cœur et des vaisseaux.

DOSES MOYENNES. — XX à LX gouttes par jour.

Galbrun, 8 et 10, rue du Petit-Musc, Paris (IVe).

JURANOL. — Huile sulfurée naturelle du Jura. *Ovules, liquide.* Absence complète de couleur. Action inégalée en surface et en profondeur.

Laboratoires du Juranol, 32, rue Guyot, Paris.

LANTOL. — Rhodium colloïdal électrique, spécifique des infections septicémies.

DOSES. — 1 à 4 gouttes par jour. Pas de contre-indications. (Admis dans les hôpitaux de Paris.)

Laboratoires Couturieux, 18 avenue Hoche, Paris.

MENSUOSÉDYL (cachets). — Adjuvant à tout traitement des dysménorrhées, menstrualgies, douleurs du post partum.

Avec : amidopyrine, théobromine, guaranine, Valériane, Anémone.

Échantillons : laboratoires P. Augier, 2, rue des Lombards, Paris.

POMMADE ET POUDRE NOELLINE. — *Pommade :* à base de tannin acide benzoïque, excipient spécial. *Poudre :* à base de dermatol et d'acide borique. En application locale tant à titre préventif qu'à titre curatif.

INDICATIONS. — Gerçures des seins rougeur, des bébés, intertrigo, escarres (Voy. l'article page XXII).

Laboratoire de la Noelline à Guingamp (Côtes-du-Nord).

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES *(Suite)*

SEPTICÉMINE. — Préventif et curatif des infections *post partum* et *post abortum*.

Préventif. — Accouchements longs et laborieux, poche des eaux rompues prématurément, interventions obstétricales: injecter 4 à 10 centimètres cubes au cours du travail et pendant les trois premiers jours des suites de couches.

Curatif. — Injecter 4 à 10 centimètres cubes et plus en une ou plusieurs fois, intraveineux ou intramusculaires suivant l'intensité de l'infection.

Laboratoires Cortial, 7, rue de l'Armorique, Paris.

SPASMALGINE ROCHE. — Antispasmodique, sédatif, ocytocique, comprimés, ampoules, suppositoires.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TAMPOL ROCHE. — Pansement gynécologique idéal.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TRAITEMENT CHEZ LA FEMME : MAISLÉRIASE « F » en injection vaginale, indolore, innocuité absolue, application facile, séances courtes.

INDICATIONS. — *Pelvi-métrites de cause générale :* leucorrhée, *métrites de cause locale* : vaginites, métrites, vulvo-vaginites.

Laboratoires de la Maislériase, 143, rue d'Alésia, Paris.

VASOLAXINE. — Huile de paraffine spécialement rectifiée ; convient particulièrement pour traiter la constipation des femmes en couches.

Fournier, 7, rue Biscornet, Paris.

NOUVELLES

La crémation en France. — La Société française pour la propagation de l'incinération, fondée en 1880, qui a perdu son président, le professeur Léon Bernard, vient de nommer président le professeur G. Barrier, membre et ancien président de l'Académie de médecine, et secrétaire général, le Dr G. Ichok.

Le siège social est transféré, 10, rue Fanny, à Clichy (Seine).

Clinique oto-rhino-laryngologique (Professeur : M. F. LEMAITRE). — *Enseignement théorique.* — M. E. Halphen, agrégé, commencera une série de conférences sur les affections des fosses nasales le mercredi 9 janvier 1935, à 16 heures (Amphithéâtre de physique) et les continuera les vendredi, lundi et mercredi à la même heure jusqu'à la fin de février.

Programme. — Mercredi 9 janvier : Obstruction nasale. — Vendredi 11 janvier : Troubles de l'olfaction. — Lundi 14 janvier : Malformations de la cloison nasale. — Mercredi 16 janvier : Epistaxis. Hématomes. Abcès et perforations de la cloison. — Vendredi 18 janvier : Affections nasales d'origine sympathique. Congestion. Rhume des foins. Céphalées. — Lundi 21 janvier : Rhinite atrophique. Ozène. — Mercredi 23 janvier : Rhinites aiguës et chroniques. — Vendredi 25 janvier : Tumeurs bénignes des fosses nasales. Polypose. — Lundi 28 janvier : Tumeurs malignes des fosses nasales. — Mercredi 30 janvier : Tuberculose nasale. — Vendredi 1er février : Syphilis nasale. — Lundi 4 février : Sinusites. Généralités. Radiographie. — Mercredi 6 février : Sinusite maxillaire. — Vendredi 8 février : Sinusite frontale. — Lundi 11 février : Ethmoïdites et sphénoïdites. Mucocèles. — Mercredi 13 février : Complications oculo-orbitaires des sinusites. — Vendredi 15 février : Tumeurs malignes du sinus maxillaire. — Lundi 18 février : Lymphatisme du cercle amygdalien. — Mercredi 20 février : Tumeurs malignes du naso-pharynx et fibromes naso-pharyngiens. — Vendredi 22 février : Kystes radiculo-dentaires de la mâchoire supérieure (M. Ruppe, stomatologiste des hôpitaux).

Questions d'actualité anatomo-pathologique. — Le professeur G. ROUSSY a commencé cette série de leçons, le mardi 11 décembre prochain, à 17 heures, à l'Amphithéâtre d'anatomie pathologique et les continue les mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de décembre, janvier et février.

Ces leçons s'adressent aux étudiants de 3e année, ainsi qu'à ceux qui désirent se mettre au courant des différentes questions qui sont à l'ordre du jour, en anatomie et en physiologie pathologiques.

Elles ont pour but de compléter l'enseignement régulier donné aux étudiants de 3e année, en leur permettant de revoir certains problèmes de pathologie qui n'ont pu être abordés au cours des séries de démonstrations et de travaux pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS : L'inflammation en général. — L'inflammation tuberculeuse. — L'amylose. — L'artériosclérose. — Les cirrhoses. — Les inflammations pulmonaires. — Les inflammations rénales. — Le processus tumoral ; les tumeurs bénignes et leurs rapports avec l'inflammation. — Le processus cancéreux en général. — Métastases et récidives dans le cancer.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 10 *Décembre.* — M. SOUTROS, Etude de la suture primitive précoce des plaies articulaires. — M. LOUGONITCH, Les facteurs des troubles de la différenciation sexuelle. — M. JASSIN, Etude de la rœntgenthérapie dans le traitement de l'asthme, à propos de quelques cas d'irradiation dans la région pancréatique.

11 *Décembre.* — M. FOURAULT, Sur le diagnostic de la submersion. — M. ROUGEON, Attentat d'Orsini. — M. OLERGANT, La rétention molaire. — M. SZTERENFELD, Aspiration prolongée, traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. — M. AUGER, L'urétro-cervicite végétante chez la femme. — M. ROUYER, Etude des formes primaires de l'appendicite chronique. — Mme SUCCHAUT, Du traitement vaccinothérapique de la tuberculose chirurgicale.

13 *Décembre.* — M. LABICHE, Etude de l'anorexie mentale. — M. BONNEFOY, Les mauvaises odeurs des villes, leurs inconvénients. — M. SALMON, Les revers d'un progrès.

NOUVELLES *(Suite)*

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Parc des Expositions, 9 h. 30. Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

15 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique. Dernier délai des candidatures à des postes d'assistants de consultations de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Paris.

15 DÉCEMBRE, — *Paris.* Maison de santé du gardien de la paix. Clôture des inscriptions pour les candidatures aux postes d'interne de la maison de santé du gardien de la paix.

15 DÉCEMBRE. — *Lyon.* Palais d'hiver. Bal annuel de l'internat.

16 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints-Pères), 10 heures. M. le Dr DEVRAIGNE : La môle hydatiforme.

17 DÉCEMBRE. — *Paris.* Concours de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, 10 heures. M. le professeur GRÉGOIRE : Leçon clinique.

18 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MARCEL LABBÉ : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, 18 heures. M. le professeur SERGENT : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice des Enfants-Assistés, 10 h. 45. M. le professeur LEREBOULLET : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Asile Sainte-Anne, 10 h. 30. M. le professeur CLAUDE : Leçon clinique.

19 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital de la Pitié, 10 heures. M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, clinique chirurgicale, 11 heures. M. le professeur GOSSET : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers. 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale thérapeutique de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Société végétarienne (mairie du VIe), 20 h. 30. M. le Dr LEGRAIN : Le crime de la stérilisation. M. le Dr ELIET : Exposé général de la médecine naturelle.

20 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice national des Quinze-Viugts (13, rue Moreau). Concours de chefs de clinique adjoints à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

21 DÉCEMBRE. — *Bordeaux.* Inscription maritime. Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière, 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 10 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

21 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* — Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints Pères), 10 heures. M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE : L'infra-clinique.

25 DÉCEMBRE. — *Le Mans.* Dernier délai pour le concours de médecin contrôleur de l'Union des caisses d'assurances sociales de la Sarthe. Inscriptions chez M. Garczynski, président de l'Union des caisses, Le Mans.

31 DÉCEMBRE. — *Alger.* Clôture du concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Dernière limite d'envoi des monographies au secrétariat général d'hygiène, 17, rue Brue, à Alger.

31 DÉCEMBRE. — *Genève* (Secrétariat général du Congrès des maladies et accidents du travail). Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix de mille francs suisses pour récompenser une étude sur les accidents du travail.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chirurgien des hôpitaux.

14 JANVIER. — *Alger.* — Concours pour deux places de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

15 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours du prix Fillioux.

15 JANVIER. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de la chaire de botanique à l'École de médecine de Rennes.

15 JANVIER. — *Bordeaux.* — Concours de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Limoges.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

PRÉPARATION A L'ALLAITEMENT MATERNEL NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT PRÉVENTIF CONTRE LES GERÇURES DU SEIN

Le lait de la mère n'est pas indispensable à l'enfant. Cependant il présente un grand nombre d'avantages : composition et température optima, modifications parallèles à l'accroissement du bébé (premières semaines), écoulement direct sans asepsie compliquée, et aussi, ce qui n'est pas à dédaigner, gratuité. Ces considérations commandent au médecin de préparer les mères à allaiter elles-mêmes.

Un des principaux obstacles à l'allaitement sont les gerçures du mamelon. Ces gerçures se forment dans des cas divers.

1° Primipares. Le mamelon trop court ne peut être pris par l'enfant ;

2° Un écoulement prématuré du colostrum pendant le dernier mois de la grossesse entretient le sein dans une humidité tiède et sucrée. La moindre érosion dans ce milieu de culture est une porte ouverte aux microbes.

Pour obvier à ces inconvénients il faut : former le mamelon par des massages, assécher et aseptiser le sein.

Le massage du bout de sein se fait presque obligatoirement à l'aide d'un corps gras. Diverses pommades ont été proposées qui conviennent très bien à ce traitement physique. Pour l'assécher, on utilise habituellement l'alcool pur ou additionné de baume du Pérou. Ces deux préparations appliquées successivement ont l'inconvénient de s'annuler, soit que l'alcool lave le corps gras, soit que la pommade attendrisse à l'excès la peau affermie par l'alcool.

Pour réunir les deux effets demandés, le laboratoire de le Noelline a mis au point une pommade qui a l'avantage de contenir à la fois des corps gras et de l'alcool, corps en apparence incompatibles. Des antiseptiques sans danger pour le bébé ont été ajoutés afin de cicatriser au besoin des commencements d'érosion. La pommade Noelline a la formule suivante :

Acide benzoïque	1,25
Acide tannique	2,50
Véhicule spécial à la fois gras et alcoolique	100

Formule enregistrée au Laboratoire national du contrôle des médicaments sous le numéro 666.

Les acides benzoïque et tannique ont encore l'avantage de créer une révulsion qui fait affluer le sang dans les artérioles engourdies et de combattre ainsi une petite congestion locale.

APPLICATIONS PRATIQUES. — *Avant l'accouchement.* — Tenir le sein très propre, le laver à l'eau et au savon, essuyer, poudrer, ordonner un massage quotidien des mamelons avec le pouce enduit de pommade Noelline. Ne pas essuyer. Poudrer.

En cas d'érosion déclarée, faire de larges pansements avec la pommade, recouvrir d'une gaze aseptique.

Après l'accouchement. — Ce traitement peut être poursuivi sans inconvénient après l'accouchement. L'acide benzoïque et le tanin sont utilisés couramment en thérapeutique intestinale infantile, et les faibles traces de pommade Noelline qui pourraient être absorbées par le bébé ne lui causeraient aucun dommage.

ART ET MÉDECINE

LE SALON D'AUTOMNE 1934

Il faut louer M. Jean-René Carrière du soin qu'il a pris pour organiser cette année le *Salon d'automne* et de quelques-unes de ses heureuses initiatives. M. J.-R. Carrière a pensé qu'il serait bon de consacrer l'une des deux rotondes du premier étage aux expositions rétrospectives, afin que les disparus reçoivent un plus large tribut d'hommages que par le passé, et de consacrer l'autre rotonde à un groupe de jeunes artistes non sociétaires dont le jury aurait remarqué les efforts. Un lien est ainsi créé entre ceux qui s'en vont et ceux que l'on jugera bientôt dignes de les remplacer.

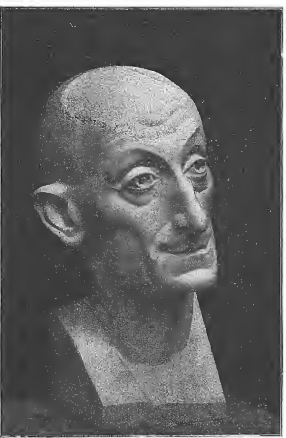
Dans la première de ces rotondes on trouvera donc des ensembles d'œuvres des regrettés peintres Raoul Carré, Léopold Gottlieb, Maurice Marque, Vera Rockline, Antoine Villard et Georges Vogelweith, décédés depuis le dernier Salon.

Raoul Carré fut un impénitent chercheur qui fit preuve au long de sa brillante carrière de larges qualités de coloriste et de dessinateur. Ce fut un de nos bons paysagistes et un délicat peintre de portraits. Léopold Gottlieb fut un artiste sensible dont les visions, parfois un peu confuses, furent toujours inspirées par un idéal profondément humain. Maurice Marque vécut surtout dans l'ombre glorieuse de son frère le sculpteur Albert Marque. Il exécuta d'excellents portraits, dont celui de Mme Metthey, et de délicieux paysages des vallées de l'Yonne et de la Cure. Véra Rockline, d'origine slave, après avoir été un temps influencée par le cubisme, s'était vouée à la peinture du nu. Elle avait apporté sa sensibilité toute féminine à la traduction des jeux de la lumière sur les beaux corps à leur printemps. Sous son pinceau la chair prenait des qualités d'ambre ou de nacre que faisait ressortir l'harmonie de fonds gris, argent et seigle. On lui doit également de très agréables bouquets de fleurs d'une fraîcheur et d'une souplesse d'exécution assez rares.

Antoine Villard laisse une œuvre nombreuse dont la puissance ne fut pas toujours comprise par la critique. Le choix de ses motifs, il faut le dire, y fut bien pour quelque chose, car ce peintre ne cherchait jamais le côté séduisant des objets ou des paysages. Il se contenta pendant vingt ans de quelques motifs qu'il renouvelait par son inspiration : un coin de paysage mâconnais à Hurigny, quelques rochers de Belle-Isle, la vue qu'il avait de la fenêtre de son atelier sur le chemin de fer de ceinture. On lui doit aussi de très vigoureuses natures mortes, d'un art austère et appuyé, qui sont dans la grande tradition française. Georges Vogelweith était un artiste consciencieux et apprécié d'un public sévère pour ses fermes qualités de dessinateur et de peintre. Il est malheureusement assez mal représenté par quelques petites toiles sans grande importance.

***

La seconde rotonde (salle no I) a donc été réservée à la jeunesse et à quelques artistes que l'on s'étonne de ne pas savoir sociétaires, depuis si longtemps qu'ils exposent à ce Salon. Une grande toile : *l'Enfant prodigue au milieu des*



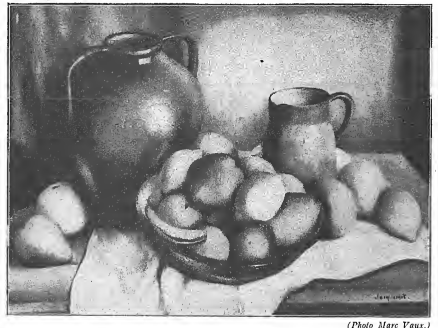
(Photo Marc Vaux.)

Portrait du Dr Lheureux, par Jean Martel (fig. 1).

courtisans, s'y impose par sa clarté et sa composition volontairement provocante. Elle est due à M. Francis Gruber, dont je préfère le *portrait de fillette*. M. Gruber possède d'incontestables dons de peintre qu'il gâche souvent par des idées saugrenues ou des sujets déplaisants. Près de lui, la lumineuse composition algérienne de M. Bouneau : *les Sandales*, gagne en intérêt. Voilà un jeune artiste dont l'avenir apparaît fort enviable. C'est un coloriste de choix. *L'Intimité* de M. Benn est ocreuse et sombre, mais la pâte et le dessin sont de qualité. On ne comprend pas qu'une jeune femme puisse trouver de l'intérêt à peindre une

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

femme nue déformée par une maternité proche et surtout dans une tonalité salie qui ajoute de la laideur à une disgrâce naturelle. C'est pourtant là l'œuvre de Mlle Chassany. Que nous paraît reposante la vision d'une *enfant malade* de Mme Jeanne Loyau qui auréole son sujet d'une lumière sereine et le traite en couleurs claires, blanches et roses ! *Le Repos de la moissonneuse* de M. Jacques Lestrille est une œuvre d'envergure qui contient quelques beaux morceaux de peinture. La paysanne couchée dans les blés et sa fillette sont puissamment évoquées, mais on ne conçoit pas pour quelle raison le peintre, après avoir donné un morceau de pain aussi brillamment réalisé, laisse, quoique sur le même plan, un chapeau de paille à peine esquissé. Mieux équilibrée est la toile de M. Max Band. Son *jeune prophète* est un tableau de qualité qui vaut par l'harmonie



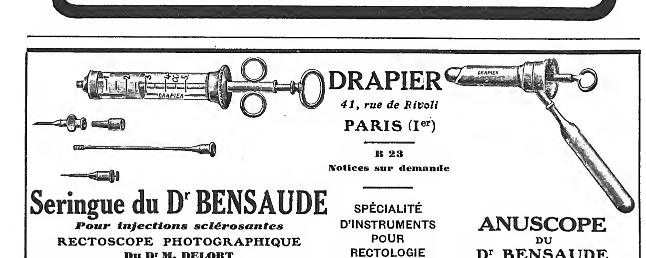
(Photo Marc Vaux.)

Nature morte, par Jacquemot (fig. 2).



(Photo Roseman.)

Le 6 Février, par Gérard Ambroselli (fig. 3).


DRAPIER
41, rue de Rivoli
PARIS (Ier)
B 23
Notices sur demande
Seringue du Dr BENSAUDE
Pour injections sclérosantes
RECTOSCOPE PHOTOGRAPHIQUE
Du Dr M. DELORT
SPÉCIALITÉ
D'INSTRUMENTS
POUR
RECTOLOGIE
ANUSCOPE
DU
Dr BENSAUDE

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

des couleurs, le sens de la composition et l'étude des expressions des personnages. Un délicat paysage de zone de M. E.-M. David joue dans la lumière. Mlle Suzanne Tissier peint des *roses* avec vigueur tandis que Mlle Germaine Pons dispose et harmonise d'autres *fleurs* avec goût et que Mlle Marguerite Louppe s'avère toujours la coloriste sensible que l'on sait dans un *paysage niçois* et avec une *jeune fille assise* près d'un perron de villa. M. José Palmeiro a du talent, un talent déjà consacré ; *Sa Gitane et sa fillette* lui font honneur. Il en est de même pour M. Oguiss dont

Je dirai tout de suite, pour en finir avec les nouveaux venus, que sur les deux pourtours on trouvera également quelques tableaux de valeur : une belle *nature morte*, peut-être un peu poussée, de M. Ernest Marguinaud, une lumineuse *marine à Portivy* de M. Echegaray, un *portrait* agréable de M. Gérald Davis, peintre qui pourrait faire une carrière de portraitiste mondain ; une *Léda tahitienne* qui rappelle Gauguin de M. de Gastyne ; des fortes et colorées *paysannes* de M. Bonanomi et des œuvres de M.M. Pasquier, Besniard, Boileau, Ortéga, Pierre Cornu, Jehan Berjonneau et



Au bord de la Marne, par Planson André (fig. 4). *(Photo Marc Vaux.)*

l'*église* et le *garage campagnard* possèdent la truculence de facture que l'on aime découvrir en ses œuvres. A citer encore dans cette salle importante, un *paysage montmartrois* de M. Andrey-Prévost, bien observé ; un double portrait de femme, *le Reflet*, par Mme Lillian Cotton, dont le charme est prenant ; une *marine* de M. Gloutchenko assez vigoureusement traitée ; un petit *paysage* de M. André Combes et enfin *la Charcutière* de M. Friedberger, tableau d'un vérisme accusé, peint avec facilité et dans des tonalités claires.

Aussi quelques bustes et sculptures de Mme Hélène Haas, de MM. Bigeard et Pryas dont le *portrait de M. Pierre Paris* est une œuvre de qualité.

de Mmes Germaine Ciboit, Ondine Magnard-Vlack et Lucie Rolland qui ne sont pas sans mérite.

***

Cet hommage une fois rendu aux peintres susceptibles de devenir de bons artistes, voyons un peu quelles sont les œuvres qui contiennent plus que des promesses et qui sont déjà d'enviables réalisations. Trois générations en vérité s'abordent, s'emmêlent, se pénètrent sans qu'il soit possible de les séparer absolument parce que la technique, l'inspiration, la vision, l'esthétique

ART ET MEDECINE *(Suite)*

même des peintres de ces générations débordent les unes sur les autres, du post-impressionnisme des plus âgés au colorisme et au vérisme des derniers venus. On trouve des influences cubistes, des retours au classicisme, des échappées nouvelles vers le pleinairisme, le réalisme. On devine des influences secrètes : celle de Cézanne certes, mais aussi celles de Manet, de Delacroix, de Chardin, de Courbet et de Corot.

Le Salon compte quelques bons portraits : celui de la *Dame au chien*, par M. Louis Valtat, sensible et aéré, celui de M. *Mussolini*, exécuté à Venise par M. Yves Brayer, celui d'un *magistrat* en robe rouge par M. Othon Friesz, celui du *poète Alcanter de Brahm* par M. Louis Plumont, celui du *peintre belge James Ensor*, fort ressemblant, par M. Jules Joëts, et ceux de MM. *Megglé* et *L.-Ferdinand Céline*, le premier par M. Pierre Girieud, le second par M. Gen-Paul. A ces portraits de contemporains célèbres, on pourrait ajouter le *portrait de M. Georges-Louis Garnier* par M. Carlos Reymond et l'*auto-portrait* de M. Charles Blanc, ainsi qu'un réaliste et vigoureux *portrait de fumeur* de M. Georges Darel, qu'un *petit berger* de M. Louis Charlot, portrait plein de charme et de noblesse rustique, qu'enfin le *portrait de servante provençale*, gravé à la pointe sèche par M. de Hérain, et cette silhouette de *Bohémienne*, eau-forte poignante de Mlle Louise Ibels. Encore l'*Ariane* aux grands yeux pensifs de M. Van Dongen, le portrait sobre et large de *Mme Trude von Molo* par M. Jacques Thévenet, celui de l'*agent de ville d'Evreux* par M. Terechkovitch et ce simple *portrait de jeune femme* par M. Maurice Asselin, harmonisé avec bonheur. Peut-on dire aussi que le tableau de M. Gromaire, ainsi que l'indique le catalogue, soit un portrait ? J'incline, quant à moi, pour une composition, rigoureusement et arbitrairement ordonnée, d'une lourdeur assez pénible. Comme on comprend, devant ce double portrait de femmes, l'attrait que peut avoir pour certaines d'entre elles l'art séduisant de M. Jean-Gabriel Domergue !



Vue d'Albi, par François Desnoyer (fig. 5).

Comme à l'habitude, les peintres de natures mortes et de fleurs sont légion. Quelques-uns d'entre eux sont d'une habileté consommée, tels M. Charles Jacquemot qui peint des fruits admirablement, M. Frédéric Deshayes qui est plus harmoniste, M. Roland Chavenon plus libre de métier, M. Henry Déziré plus truculent, M. Conrad Kickert plus coloriste, M. Perrichon plus méticuleux, M. Manguin plus acide, M. Savreux plus voluptueux, M. Maurice Albe plus vulgaire, M. d'Espagnat plus sensible, M. Louis Valtat plus

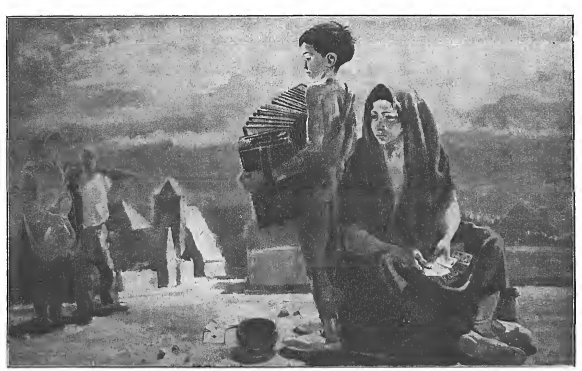

CLONAZONE
DAUFRESNE
INDICATIONS
Toutes les infections où un traitement antiseptique local est possible,
Chirurgie : plaies infectées, abcès, panaris, furoncles, pleurésies purulentes, ostéomyélites,...
Gynécologie & Obstétrique
Urologie, Oto-rhino-laryngologie
2 FORMES
Comprimés permettant un dosage précis
Poudre se dissolvant instantanément dans l'eau
1 comprimé = 1 mesure de poudre = 0 gr. 25
POSOLOGIE
1 comprimé par litre d'eau pour stérilisation instantanée de l'eau destinée au lavage des mains, soins hygiéniques de la femme,
2 comprimés par litre d'eau pour : Urologie, gargarismes, obstétrique.
10 comprimés par litre d'eau pour tous usages chirurgicaux et le traitement des grandes infections.
CLONAZONE
CONDITIONNEMENT VRAC pour hôpitaux et cliniques
Poudre
Clonazone
Daufresne
LABORATOIRES DES ANTISEPTIQUES CHLORÉS
40, RUE THIERS - LE HAVRE

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

décoratif, M. Stival plus lourd, Mme Marthe Lebasque plus délicate, Mlle Marcelle Papillaud plus généreuse, Mme Hélène Marre plus tendre, Mme Julie Mézerowa plus étrange et Mme Andrée Joubert plus abondante. De ces peintres on trouvera donc des fruits, des fleurs, des poissons, du gibier, des instruments de musique et des poteries, comme on en trouvera sous les signatures de MM. Sigrist, Étienne Marceau, Pierre Bompard, Albert Sardin, Fernand Trochain, Gérard Ambroselli, Benn, Georges Darel, Paul Poiret, Bercovici-Erco et de Mmes Suzanne Lalique, Val, Paule Gobillard, Élisabeth Babin, Janie Quercy, Marie Alix, qui ont tous du talent et souvent de la personnalité.

Plus nombreux encore sont les paysagistes et les peintres de marines parmi lesquels, cette année, on peut ranger M. Pierre Bonnard avec une *allée verte* fort subtilement évoquée, M. Camoin avec un brûlant *bain de soleil*, M. Charles Guérin avec une *vue du faubourg Saint-Jacques* finement observée.

Voici M. Charlemagne et ses *marines bretonnes* violemment exprimées ; M. Lotiron et son *boulevard Bonne-Nouvelle* dont toutes les valeurs sont d'une rare justesse ; M. Dufrénoy et son *vieil hôtel Fieubet*, lumineux et très peint ; M. Jules Zingg et ses *neiges roses au Lautaret*, d'une vision simplifiée hardiment ; M. François Desnoyer et sa *vue d'Albi*, haute en couleur et pour ainsi dire reconstruite avec science ; M. L.-R. Antral et ses *marines brestoises*, simples et bien atmosphérées ; M. Dreyfus-Stern et sa fenêtre ouverte sur *Honfleur*, sensible et vraie ; Yves Brayer et ses *paysages de Rome*, finement nuancés, M. Gaston Balande et ses claires *marines à Dieppe et à La Rochelle*, tout éclaboussées de soleil ; M. André Fraye et son *Port de Sauzon* ; M. Paulémile Pissarro et son *moulin sur l'Epte* si tendrement rendu dans son atmosphère d'avant printemps ; M. Ludovic Rodo et sa *vue de Moret*, soigneusement peinte ; M. Georges Pacouil et son *paysage espagnol* s'endormant dès le crépuscule.



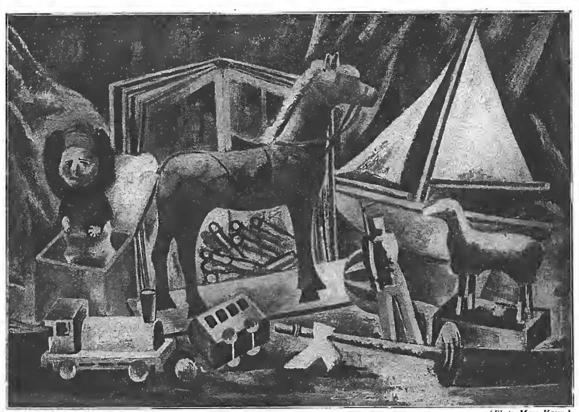
La diseuse de bonne aventure, par Maurice Poncelet (fig. 6).

D'autres : M. Jean Peské qui se contente d'un camaïeu pour faire vibrer un grand *châtaignier*, sur un ciel clair ; Mme A[illegible]une Jouclard qui triture la pâte pour nous présenter un troupeau de porcs roses ; M. Henry de Waroquier et son *église en Ombrie* si noblement dessinée ; M. Germain Delatousche qui s'est intéressé à une *vieille cour parisienne* ; M. Léon Carré qui peint l'*Algérie* finement ; M. André Wilder dont les *paysages aux Andelys* sont relativement décoratifs ; Mme Lucie Caradek aux marines agréables ; et tant d'autres que l'on voudrait pouvoir citer plus longuement ; M. Cavaillon, Mme Madeleine Vaury, MM. Contrault, Marcel Jallot, Renefer, Alfred Le Petit, Lepreux, Marcel Roche, Pierre Vandières, Suzanne

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

Fegdal, Verge-Sarrat, René Durey et Barat-Levraux dont la figure sur une *terrasse de jardin* a de la grandeur et du charme.

et l'attitude ne sont pas sans noblesse. Cette figure principale forme un tout avec d'autres figures faisant corps au paysage. L'ensemble a du style



(Photo Marc Vaux.)

Nature morte aux jouets, par Jean du Marboré (App. à Mme Lemar). Dernière toile peinte par l'artiste avant sa mort (fig. 7).



(Photo Marc Vaux.)

La petite malade, par Mme Jeanne Loyau (fig. 8).

La composition est remise en honneur par quelques jeunes peintres. Ainsi M. Poncelet a peint une *diseuse de bonne aventure* dont le visage et de l'équilibre. M. Jean de Botton présente la *Reine des Bohémiens*, composition importante par le nombre de personnages et l'esprit pica-

ART ET MÉDECINE *(Suite)*

resque qui l'anime. On songe à un Goya tourmenté qui aurait lu Paul Valéry et André Gide. De son côté, avec *les Raisins*, M. Chapelain-Midy a tenté un gros effort. Équilibre, style et harmonie sont les qualités de cette composition. M. Planson reprend une vision chère à Monet et à Renoir : un repos de canotières sous une tonnelle devant la Marne. L'œuvre est bien équilibrée, la figure de premier plan a de la grandeur dans son réalisme faubourien. La lumière est belle. C'est un des tableaux les mieux réussis. Le très jeune M. Aujame s'essouffle un peu, mais son talent sobre ne rechigne pas sur les difficultés. Ses *femmes de pêcheurs malaguènes* sont peut-être un peu trop simplifiées, l'arabesque de leurs silhouettes massées est jolie. D'esprit plus décoratif est *le Jour et la Nuit* de M. Jean Souverbie dont les multiples figures ont de beaux volumes, et de l'ordre rustique la composition de M. Cochet : *Moissons*. Enfin, on ne peut tenir sous silence l'essai de tableau historique de M. Charles Blanc : *Jeanne d'Arc blessée*, dont le dessin ne peut se discuter, mais dont l'harmonie est fausse, ni le grand tableau : *le 6 Février* de M. Gérard Ambroselli. Cette toile pourrait être émouvante ; elle fait regretter que M. Ambroselli n'ait pas le génie d'Eugène Delacroix. Ce ne sont cependant pas les qualités qui font défaut à ce tableau dont chaque morceau, pris à part, possède quelque valeur. C'est l'ensemble qui est grandiloquent, alors qu'il lui aurait fallu seulement de la grandeur ! La même soirée tragique a inspiré M. Liausu plus malheureusement, l'artiste ayant cru bon de faire entrer une allégorie dans sa composition. Mêlons le moins possible la Politique et la Peinture ! Les sports, *boxe* et *foot-ball*, ont inspiré davantage M. Roger Worms. Parmi les compositions on peut également signaler la *Venise* composée par M. André Lhote, tableau qui appellerait de nombreuses réflexions, et encore *le Jeune homme et ses amies* de M. Goerg, dont les académies faussement dessinées sont pourtant moins disproportionnées que de coutume. M. Goerg, dans une de ses figures nues, attache une poitrine à sa place ! Consignons-le pour mémoire.

A la section d'art religieux on trouvera aussi une grande et poignante composition de M. George Desvallières. Et nous voici au terme du voyage chez les peintres puisqu'il ne me reste qu'à signaler quelques peintres de nus qui font depuis longtemps honneur au *Salon d'automne*.

M. Charles Kvapil est toujours le large broyeur

de pâte que l'on sait. Son *nu de dos* a de la puissance ; le *nu* de M. Jacques Wolf est un peu académique à la façon des études d'atelier; la *Léda* de Mme Marguerite Crissay a du charme, elle s'enlève harmonieusement sur un ciel clair qu'enserrent des frondaisons; les *nus* de M. Paul Alex Deschmacker sont solides, l'ordonnance des lignes générales de son tableau est classique ; M. Élisée Cavaillon préfère aux dormeuses des *baigneuses* qui s'ébattent dans la pleine lumière exaltant leur carnation rose ; tandis que M. Durand-Rosé recherche le clair-obscur aux effets violents. Le nu de son modèle semble jaillir de la pénombre. M. Georges d'Espagnat enrobe d'une lumière discrète la nudité des jolies filles qu'il peint et M. Charles Picart-le Doux, en grand coloriste, fait vibrer leur chair avec éclat. Chacun de ces artistes rend ainsi hommage, suivant son tempérament, à la beauté souveraine de l'Ève éternelle qui perpétue la Race !

***

L'on se demande parfois avec angoisse ce qu'il restera plus tard de la sculpture de notre temps. Nous comptons plus de grands statuaires que tous les pays du monde réunis n'en peuvent chiffrer. L'école française est la plus digne d'admiration, et pourtant nos sculpteurs n'exécutent que des bustes, des animaux, des fragments d'académie, — comme si le temps ne se chargeait pas d'amputer lui-même les chefs-d'œuvre ! — et quelques statues destinées à nos jardins... Rien de grand, rien de véritablement durable, rien d'accroché pour des siècles après nos monuments. Les bustes de Despiau dormiront dans les musées comme des reliques quand les sculptures anonymes des cathédrales boiront encore la lumière dorée du soleil pour la joie des hommes. MM. Lamourdedieu, Pryas, Bouraine, Dejean, avec talent, ont donc travaillé pour les musées, puisque leurs statues sont déjà dépourvues de bras, de jambes et de tête. Tant pis pour les futurs archéologues ! Parmi les œuvres complètes, on remarquera la *jeune fille* de M. Marcel Gimond qui cherche son style personnel depuis quelques années ; la *Pomone* de M. Pablo Mané, un peu lourde de formes ; l'*Ève couchée* de Mme Denise Risterucci, assez gracieusement étendue ; la *femme debout* d'Hubert Yencesse, dont les volumes sont étudiés ; la *Baigneuse au pigeon* de M. Kretz, un peu archaïque ; la *Vénus au coquillage* de M. Georges Chauvel, élégante et décorative ; l'*Héraclès* de M. Robert Wlérick, statuette puissamment dressée; *la Chasseresse* de M. Gaston Comtesse, d'une heureuse souplesse de lignes; le *nu debout* de M. G.-L. Badeau, imposant et froid. Aussi la *statue d'Eugène Carrière* par M. Jean-René Carrière, belle œuvre qui rappelle à notre mémoire à la fois l'homme et l'artiste. De très nombreux bustes exécutés par MM. Despiau, Costa, Lemar, Raymond Martin, Tacail, J.-R. Carrière, Sabouraud (*portrait de M. le professeur Nicolle*), Marcel Burel, L. Cladel, Félix Benneteau, Philippe Besnard, Jean Martel et Mlle Alalou font revivre quelques-uns de nos plus célèbres contemporains, parmi lesquels Georges Courteline, M. le général Weygand, M. le comte de Paris, M. Rolf de Maré, André Derain et André Salmon. Le buste en terre cuite de *M. le Dr Lheureux* par Jan Martel est entre tous l'un des plus curieux par son expression et sa simplification des volumes.

A noter aussi les petites figurines bourguignonnes en pierres taillées directement et colorées par M. Pierre Vigoureux qui remet avec art les « *santons* » en honneur, ainsi que la statue de *Jean II de Portugal* de M. Canto da Maya.

Parmi les animaliers, depuis la mort de François Pompon, la première place échoit à M. Matéo Hernandez, qui est un maître ouvrier, un sculpteur puissant mais un peu froid. Les autres sculpteurs ne manquent pas de talent : citons particulièrement M. G.-L. Guyot et son *cynocéphale* si vivant; M. Hilbert et son *léopard* de granit; M. Miklos et son *oiseau en bronze vert*, décoratif et stylisé; M. Wuillemier et ses *aigles* imposants ; M. Lemar et son *paon* d'une arabesque agréable; M. Arnold Huggler et sa *loutre* ; M. W. Hoffman et son *poulain;* Charles Artus et son *aigle destiné au monument de l'aviateur Robida.*

Dans la section d'art décoratif on remarquera les envois des plus célèbres artisans d'aujourd'hui : des verriers Marinot, Lalique et Jean Sala, de l'orfèvre Maurice Daurat, du bijoutier Després, des céramistes et potiers Marcel Goupy, Mayodon, Lenoble, Félix Massoul, Jean Luce, Platon, Argyriadès, du forgeron Edgar Brandt, de la relieuse Louise Germain et des décorateurs Pierre Charreau, Maurice Dufrène, Étienne Kohlmann qui expose la *décoration d'un chalet de skieur*, Robert Mallet-Steven et René Herbst, celles de *cabines de paquebot*, Roger Parisot et Louis Sognot.

Des sections réservées au *livre d'art* et à l'*affiche* complètent ce salon d'art moderne que dirige, avec tant de compétence et de jeunesse, son animateur M. Frantz Jourdain.

GEORGES TURPIN.

LA MÉDECINE AU PALAIS

L'INTERPRÉTATION DES RADIOGRAPHIES

Les moyens nouveaux d'investigation que peuvent avoir les médecins pour fixer leur diagnostic comportent des situations nouvelles au point de vue de l'interprétation de la responsabilité.

Nous savons avec quelle prudence les tribunaux apprécient les questions d'erreur dans le diagnostic, et toutes les fois que cette erreur ne résulte pas d'une ignorance grossière, d'une légèreté ou d'une inattention flagrante, qu'en un mot elle n'est pas la conséquence d'une faute lourde, il n'y a pas lieu à responsabilité.

Peut-on appliquer ce raisonnement à ce qu'on appelle improprement le diagnostic des radiographes, qui est, à plus strictement parler, une simple interprétation des photographies, une simple lecture des images obtenues grâce à la radiographie ?

Cette question s'est posée, le 29 mai 1930, devant la Cour de Montpellier.

Le 17 juillet 1929, à Sainte-Eulalie-de-Cernon, un employé des postes, M. Solier, avait été renversé par une voiture qu'il conduisait, et gravement blessé. Le lendemain, il était transporté chez un médecin radiologiste ; quelques jours après, celui-ci examina ses épreuves et mentionna sur l'une d'elles : « Pas de lésion osseuse apparente ».

Le médecin conseilla des massages et la marche, mais Solier, ne pouvant supporter un traitement aussi douloureux, rentra à Paris où plusieurs médecins, à la seule vue de la radiographie effectuée par leur confrère, avaient aussitôt conclu à une fracture du col du fémur gauche, ce qui fut confirmé par de nouvelles épreuves radiographiques.

Le facteur poursuivit le médecin radiologue devant le tribunal de Sainte-Affrique. Celui-ci commit trois médecins experts et ordonna une enquête pour vérifier si le radiologue s'était tenu à son rôle spécial, ou si au contraire il avait ordonné un traitement à la suite de l'examen des radiographies, comme le prétendait le blessé.

Le tribunal de Sainte-Affrique condamna le médecin à 5 000 francs de dommages-intérêts, et chacune des parties fit appel de ce jugement.

Le rapport des experts avait conclu que le radiologue avait commis une faute manifeste en n'ayant pas su interpréter son épreuve radiographique. Il déclarait en effet que cette épreuve révélait nettement une fracture du col du fémur,

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

fracture qui depuis lors s'était consolidée naturellement, et vicieusement.

Cependant, selon les experts, il n'y aurait pas eu lieu à dommages-intérêts, disaient-ils, rien n'autorisant à affirmer qu'un diagnostic correct ou même une intervention chirurgicale immédiate auraient abouti à un résultat fonctionnel supérieur.

Les experts concluaient donc que la faute initiale reconnue par eux n'avait ni prolongé la durée de l'indisponibilité ni aggravé l'incapacité permanente qui résultait de la fracture.

La Cour de Montpellier se trouvait donc dans l'obligation de juger une double question : d'une part, il était certain que le médecin radiologue spécialisé dans l'art d'obtenir des épreuves radiographiques et surtout dans l'art d'interpréter ces épreuves, avait commis une faute en interprétant malencontreusement l'épreuve qu'il avait obtenue.

Cette faute apparaît comme une faute matérielle qui ne semble pas devoir être assimilée au diagnostic.

Mais, de plus, la Cour avait à trancher la question de savoir si l'incertitude des résultats du traitement approprié à la lésion suffisait pour libérer le médecin de toute responsabilité.

La Cour devait donc, ou exiger pour condamner que le demandeur prouve qu'une intervention chirurgicale immédiate fondée sur un diagnostic exact aurait eu des résultats plus heureux pour lui, ou condamner le médecin sur la seule preuve de sa faute, sans se préoccuper des conséquences directes et immédiates de cette faute. La Cour a suivi la première alternative :

« Admettrait-on avec les experts, dit-elle, que la consolidation de la fracture, à supposer celle-ci reconnue et réduite, aurait pu n'être ni moins tardive ni moins vicieuse, il demeure à la charge de l'appelant une faute lourde contre laquelle ses connaissances de radiologue devaient précisément le prémunir ; que cette faute s'est aggravée de ce qu'il s'est immiscé dans un traitement qui n'a même pas allégé les souffrances du blessé ; que leur prolongation, et des dépenses supplémentaires que son état d'abord méconnu lui a imposées, l'intimé est fondé à demander compte à son adversaire. »

C'est pourquoi la Cour a accordé au facteur une indemnité de 10 000 francs en fondant son appréciation sur les 5 000 francs de frais qu'avait dû faire le blessé.

Cet arrêt paraît avoir exactement apprécié les

(Suite à la page XI.)

LA MÉDECINE AU PALAIS *(Suite)*

faits en ce qui concerne la responsabilité, mais il nous semble au contraire avoir fait droit à la demande de la victime en oubliant ce point essentiel en matière de responsabilité, qu'il ne suffit pas au demandeur de prouver une faute, mais qu'il faut encore établir une relation directe de cause à effet entre le préjudice subi et l'erreur dont on se plaint.

ADRIEN PEYTEL,
Avocat à la Cour d'appel.

NÉCROLOGIE

M. LE Dr G. MEILLÈRE

La science française vient d'être, à nouveau, durement éprouvée par la mort de M. G. Meillère, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

M. G Meillère est né à Belfort le 10 janvier 1860. Ses



Le Dr G. MEILLÈRE.

études secondaires achevées, il fut un des plus brillants élèves de l'École de pharmacie.

Nommé en 1885 pharmacien en chef des asiles de la Seine, il n'eut de cesse qu'il puisse exercer ses fonctions à Paris même. Nommé en 1886, après un très brillant concours, pharmacien des hôpitaux, il eut ainsi ouvertes, successivement, les portes de l'hôpital du Midi, de Tenon, de Necker, de la Pitié et de Laennec.

Il conquit entre temps les grades de docteur ès sciences physiques et de docteur en médecine.

Mais en 1924 il avait quitté les hôpitaux, pour se consacrer plus spécialement à ses travaux scientifiques.

En toxicologie, ses recherches portèrent principalement sur le perfectionnement des méthodes d'isolement des toxiques. Son étude d'ensemble sur le saturnisme fait autorité. N'oublions pas de mentionner ses études sur le dosage du mercure, de l'arsenic.

Ses recherches sur les toxiques organiques lui permirent d'isoler le principe actif du curare, sous forme du perchlorure d'uranine cristallisé. Ses études sur les alcaloïdes des varaires sont particulièrement remarquables.

En hygiène alimentaire, les recherches de l'auteur se sont portées plus particulièrement sur le lait et sur les eaux : eaux potables et eaux minérales, et sur les méthodes d'analyse. M. G. Meillère fut amené ainsi à pratiquer l'examen chimique et bactériologique de l'eau de près de 700 sources, pour lesquelles était demandée l'autorisation d'exploiter en France.

En chimie analytique et chimie médicale, les travaux de M. G. Meillère furent, là encore, remarquables : substitution de la centrifugation à la filtration ; application de la réfractométrie aux essais chimiques et à l'essai des matières alimentaires; dosage du sucre dans le sang, les organes ; travail d'ensemble sur l'inosite ; études sur les réactions des acides biliaires.

Ses travaux lui valurent diverses récompenses. L'École de pharmacie lui accorda médaille d'argent, médaille d'or et prix Lebault ; l'Académie de médecine, en 1884, lui décerna le prix Orfila. La médaille d'or d'hydrologie, en 1904, vint récompenser ses travaux sur l'analyse des eaux.

Nommé en 1924 chevalier de la Légion d'honneur, il fut promu officier quelques mois avant sa mort.

L'Académie de médecine lui ouvrit ses portes en 1903. Il en occupa la présidence en 1932.

Nous adressons à Mme Meillère, à M. le Dr Jean Meillère, à M. le Dr et Mme Piguot, l'expression de notre respectueuse sympathie.

ROUX-DESSARPS.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1934.

Séance annuelle d'éloge et de prix. — M. Georges Brouardel, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés.

Après la proclamation de ces prix, M. le président Walther prononce une allocution, où il rend un premier hommage à son ancien maître M. Tillaux, dont l'Académie célèbre aujourd'hui le centenaire.

L'éloge de Tillaux est prononcé par deux orateurs. M. Siredey, a parlé de *Tillaux éducateur*.

M. Bernard Cuneo montre à son tour *Tillaux anatomiste et chirurgien*.

M. le Dr Armand Siredey, vice-président, prononce l'éloge de Paul Tillaux : « Tillaux éducateur », rappelant au début que le 8 décembre était le centenaire de sa naissance.

Voici sa péroraison :

« Tillaux a été durant toute sa vie un admirable professeur. Il enseigna par sa parole, par ses écrits, par son exemple. Il ne se contentait pas de donner à ses élèves l'instruction scientifique et professionnelle, d'étendre le cercle de leurs connaissances. Il s'appliquait à éveiller leur conscience, à développer, chez eux, le sentiment du devoir, le souci constant de leur responsabilité. Il avait à cœur d'en faire, à son image, des êtres bons et secourables. Il fut *un merveilleux éducateur*.

« J'emprunte encore à Reclus quelques paroles citées par lui, qu'il a découvertes dans un des derniers cours de Tillaux, au début d'une nouvelle année scolaire. Je ne saurai choisir meilleur épigraphe pour le portrait que j'ai cherché à vous tracer de lui, elles caractérisent de façon saisissante la belle figure de cet homme de bien :

« *Ayez pitié des malades*, disait-il, *respectez-les. Être savant, c'est quelque chose, être bon, c'est mieux encore !* »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 14 décembre 1934.

La primo-infection tuberculeuse chez l'adulte. — MM. Vaucher, Strauss et Schneegans (de Strasbourg) présentent les 3 observations de trois jeunes filles dont la cuti-réaction avait été trouvée négative quelques mois auparavant et qui ont présenté toutes les trois une tuberculose de primo-infection.

Il insistent sur la fréquence des cuti-réactions négatives chez des sujets jeunes. Sur 232 étudiants de l'Université de Strabourg, la proportion de cuti-réactions négatives a été de 30. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres universités chez des étudiants et des infirmières. Il y aurait grand intérêt à utiliser la vaccination par le BCG chez les sujets adultes dont la cuti-réaction et l'intradermo-réaction sont négatives.

M. Et. Bernard a remarqué la fréquence des tuberculoses évolutives chez les étudiants. La dénutrition conditionnée par la crise économique semble jouer un rôle. Il y aurait intérêt à pratiquer une cuti-réaction systématique chez les étudiants, et notamment chez ceux qui fréquentent les services de tuberculeux.

M. Troisier souligne la fréquence des primoin-fections chez les étudiants et l'intérêt que présenterait la cuti-réaction chez les étudiants en médecine.

M. Rist a observé que c'était chez les sujets à cuti-réaction négative qu'on onsbervait des tuberculoses graves. Il serait utile de faire systématiquement chez les étudiants, non seulement une cuti-réaction, mais encore une radiographie. On pourrait même organiser à la Faculté un service médical réservé aux étudiants, comme il en existe dans la plupart des universités étrangères. Il rappelle l'existence du sanatorium des étudiants qui fonctionne dans d'excellentes conditions.

M. Ameuille demande ce qu'on fera des étudiants à cuti-réaction négative.

M. Rist pense qu'il faut avant tout les surveiller.

M. Paraf n'a trouvé que deux externes à cuti-réaction négative ; chez l'un d'entre eux il a pratiqué avec succès la vaccination sous-cutanée par le BCG.

M. Carnot rappelle les résultats remarquables obtenus à Oslo par cette méthode.

M. Rist est partisan de cette méthode ; mais elle n'est pas facile à faire accepter.

M. Carnot fait l'éloge du sanatorium des étudiants.

M. Flandin pense qu'il y aurait intérêt à ce que l'Assistance publique applique des mesures d'hygiène élémentaires, notamment en ce qui concerne le renouvellement plus fréquent des blouses et tabliers.

M. Clément pense que l'application de la réaction de Schick et la vaccination antidiphtérique consécutive seraient du plus haut intérêt.

M. Carnot soumet à l'assemblée un vœu qui préconise la cuti-réaction systématique chez les étudiants en médecine, surtout chez ceux qui vont être affectés à des services de tuberculeux. Ce vœu est voté à l'unanimité.

Lésions dégénératives du foie au cours du coma diabétique. — MM. Labbé, B. Boulin et Balmus rapportent les observations de quatre malades morts de coma diabétique malgré l'injection de doses suffisantes d'insuline (220 à 870 unités), à l'autopsie desquels ils ont trouvé des lésions de dégénérescence aiguë et massive du foie.

Ils attribuent cette hépatite aiguë à l'intoxication cétonique et rappellent qu'il a été possible d'obtenir des lésions hépatiques chez l'animal, soit en l'intoxiquant avec les acides butyriques, soit en le dépancréatant, en le maintenant provisoirement en vie avec de l'insuline, puis en le précipitant dans le coma par sevrage de l'hormone.

Rappelant d'autre part la moindre sensibilité à l'insuline fréquente chez les diabétiques porteurs de cirrhose, ils posent la question de savoir si les lésions hépatiques observées chez leurs malades n'ont pu faire obtsclc à à l'action de l'insuline et expliquer sa moindre efficacité.

M. Kourilsky a pratiqué la pancréatectomie chez 150 chiens ; il a observé extrêmement fréquemment la dégénérescence graisseuse, habituellement précédée par la disparition du glycogène. Cette dégénérescence ne semble pas en rapport avec le degré des lésions et notamment avec l'acidose.

Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile. — MM. Labbé, R. Boulin et P. Uhry rappellent l'observation du syndrome basedowien accompagné d'encéphalopathie infantile qu'ils ont précédemment publiée. L'absence de goitre permettait de discuter l'origine purement encéphalique, sous-thalamique, du syndrome, par

atteinte de centres du métabolisme. La thyroïdectomie a montré que le corps thyroïde avait effectivement des dimensions normales, mais qu'il était le siège d'une hyperplasie microscopique du type basedowien. Cette constatation va à l'encontre de la nature encéphalique pure du syndrome, mais elle laisse entière l'hypothèse de l'origine encéphalique possible de certaines hyperplasies thyroïdiennes.

Trois cas de brucellose d'origine parisienne. — MM. GARNIER, CHABRUN et GORSE ont observé en dix mois trois cas de brucellose dans un service de médecine générale. Ces 3 cas ont évolué vers la guérison sans présenter de grandes particularités cliniques. Au point de vue étiologique, les auteurs insistent sur le nombre grandissant de brucelloses observées à Paris. En outre, les 3 cas raportés ont été contractés à Paris même par des ouvriers travaillant aux abattoirs. Il s'agit donc de véritables maladies professionnelles. Les abattoirs représentent à Paris une source de contamination très importante. Si de telles observations se multipliaient, l'étude de mesures prophylactiques deviendrait nécessaire dans les abattoirs.

M. LEMIERRE a observé deux cas de brucellose contractée à La Villette Il demande quel traitement a été appliqué.

M. CHABRUN répond que le premier cas a guéri spontanément ; les deux autres ont été traités par l'arsénobenzol à faibles doses : un succès et un échec. Etant donnée la faiblesse de l'intradermo-réaction, l'endo-protéinothérapie n'était pas indiquée.

M. DECOURT a observé 2 cas dont un contracté à Paris par un amateur de fromage de chèvre l'autre à Meaux.

M. ET. BERNARD a observé un cas chez un fermier dont les bêtes étaient atteintes d'avortement épizootique.

Paralysie diphtérique de forme vestibulaire. — MM. KOURILSKY, BARUK et AUBRY rapportent une observation d'un malade atteint après un épisode infectieux mal déterminé d'un syndrime vestibulaire aigu bilatéral confirmé par l'examen labyrinthique. Le diagnostic d'encéphalite à forme neuro-vestibulaire fut porté jusqu'au moment où apparurent une parésie du voile, des muscles du cou et des membres, Il s'agissait d'une paralysie diphtérique consécutive à une angine méconnue, confirmée par l'ensemencement rhino-pharyngé et sanctionnée par l'effet thérapeutique de la sérothérapie qui fut ici remarquable. Aucune observation analogue n'a été retrouvée dans la littérature : les auteurs expliquent cette localisation anormale par une otite diphtérique ayant infecté directement le labyrinthe.

Hypertrophie du thymus. Leucémie monocytaire aiguë. — M. G. MARCHAL, Mlle C. BRUN et M. GRUPPER rapportent l'observation d'un homme jeune, dans laquelle quatre périodes cliniques se succèdent et aboutissent à la mort en cinq mois :

1. Phlegmon amygdalien bilatéral.
2. Adénopathie sous-maxillaire, et anémie sans leucémie.
3. Polyadénopathie, et leucémie subaiguë à monocytes.
4. Leucémie aiguë terminale.

L'autopsie montre les lésions habituelles de la lucémie aigue, ainsi que la persistance et l'hypertrophie du thymus.

Les lésions histologiques se résument en leucoblastomatose généralisée, avec hyperplasie lymphoïde et métaplasie leucoblastique du thymus.

Les auteurs rattachent l'hypertrophie du thymus au « thymo-lymphatisme », et lui attribuent une grande importance à titre d'état préleucémique.

Ils ont isolé d'une biopsie ganglionnaire un germe qui paraît une forme dégradée, dans le cycle du virus tuberculeux, et ils lui accordent un rôle de probabilité dans l'étiologie de ce cas de thymo-lymphatisme.

Le phlegmon amygdalien peut être interprété comme la cause infectieuse qui a déclenché les processus leucémique sur un terrain prédisposé, mais les preuves de cette pathogénie ne sont pas formelles. Les auteurs considèrent la leucémie monocytaire aiguë comme une simple variété de leucémie aiguë, mortelle dans les mêmes conditions en dépit de tout traitement.

Néphrose lipoïdique et helminthiase. — MM. G. MARCHAL, P. SOULIÉ et A. GRIGAUT rapportent un cas de néphrose lipoïdique, avec ascaridiose, guérie après l'administration d'un vermifuge. L'œdème des membres inférieurs, une albuminurie massive, des poussées d'uricaire et d'œdème de Quincke, et un amaigrissement rapide, résument la séméiologie de cette lipoïdose. Une forte hypoprotidémie portant uniquement sur la sérine et une hyerlipidémie avec augmentation du cholestérol en constituaient le substratum humoral. L'amélioration du double syndrome clinique et humoral s'est poursuivie durant quelques mois jusqu'à la guérison totale.

Les auteurs rappellent qu'une trentaine d'observations de néphroses lipoïdiques dues à des helminthiases ont été publiées au Brésil. Ils estiment que, même sous nos climats, l'helminthiase peut déterminer des désordres sanguins protido-lipidiques susceptibles d'aboutir à la lipoïdose rénale et ils conseillent :

1° L'analyse des protides et liquides sanguins au cours de toutes les ascaridioses.;

2° La recherche d'une helminthiase possible dans tous les cas de néphrose lipoïdique.

M. LEMIERRE rapproche ces cas de la cachexie séreuse des Antilles dans laquelle on observe d'importants œdèmes, mais pas d'albuminurie.

M. LABBÉ rappelle l'intérêt de la recherche de l'helminthiase dans la néphrose.

Strumite syphilitique. — MM. JACQUES DECOURT, I. BERTRAND et MALINSKY rapportent l'observation d'une femme chez qui avait été porté le diagnostic de maladie de Basedow, en raison de l'existence d'un goitre associé à des signes d'hyperthyroïdie avec élévation du métabolisme basal. Il s'agissait, en réalité, d'un goitre nodulaire, dont la nature syphilitique était rendue vraisemblable par l'association d'un tabes, d'un double souffle aortique et d'un Wassermann positif. L'ablation chirurgicale du nodule goitreux le plus volumineux, pratiquée aux fins de biopsie, n'apporta aucune amélioration des signes d'hyperthyroïdie. L'examen histologique aurait pu faire conclure à un goitre banal ; seules l'intensité des lésions interstitielles et l'accumulation exagérée des plasmocytes ayant pu paraître anormales. Mais le traitement spécifique par le bismuth, indépendamment de toute médication iodée, fit régresser les symptômes d'hyperthyroïdie et abaissa le métabolisme basal, en

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite,*

même temps que la glande reprenait ses dimensions normales.

M. Labbé souligne qu'il ne s'agissait pas ici d'un Basedow vrai.

M. Sainton rappelle la fréquence d'un syndrome basedowien au cours de la syphilis secondaire. Il existe dans certains cas une véritable cirrhose thyroïdienne syphilitique tertiaire qui peut guérir par le traitement. Le terrain goitreux joue un rôle important.

M. Decourt a observé chez une goitreuse une strumite grippale avec syndrome thyroïdien passager.

M. Labbé souligne l'existence d'hyperthyroïdies infectieuses par strumite.

L'érythème noueux chez les enfants. — M. J. Comby considère que l'érythème noueux se rapproche bien plus des fièvres éruptives que des tuberculoses cutanées. Ces dernières, les gommes bacillaires, le lupus, le *lichen scrofulosorum*, qui ont fait leurs preuves histologiques, bactériologiques et expérimentales, en diffèrent par leur forme, par leur répartition, par leur évolution clinique. Sans doute, on ne peut qu'être impressionné par les recherches scientifiques de nos collègues en faveur de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.

Néanmoins l'auteur reste convaincu de l'autonomie de l'érythème noueux. Sur 172 enfants atteints (170 entre dix mois et quinze ans, 2 entre quinze et vingt ans) il a relevé comme causes apparentes : angines aiguës 13 fois, entérites 10 fois, rougeole et grippe 9 fois, bronchites 8 fois, tuberculose 5 fois, fièvre typhoïde et scarlatine 3 fois, rhumatisme, torticolis, ictère 2 fois, varicelle, oreillons 1 fois. Chez les parents : tuberculose 12 fois, rhumatisme 5 fois, syphilis 2 fois. Sur 42 enfants, la cuti-réaction à la tuberculine fut positive 35 fois et négative 7 fois.

Erythème noueux au cours d'une cortico-pleurite tuberculeuse et d'un abcès bismuthique évoluant simultanément. MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille, et Auzepy. — A la suite de la communication de M. Coste, les auteurs insistent sur les conditions particulières de développement d'un érythème noueux : chez un sujet de trente-deux ans spécifique bien traité, apparaissent une cortico-pleurite tuberculeuse puis un abcès bismuthique de la fesse. Ces toxi-infections diverses ont contribué au fléchissement de l'immunité.

La réponse négative de la cuti-réaction, lors de l'éclosion de l'érythème noueux, en est un témoin.

Néphrite aurique. — M. Olmer et Sarradon (Marseille) rapportent un cas de néphrite aigue mortelle survenue après une seule injection de sels d'or.

MM. Coste, chez une tuberculeuse pulmonaire, a observé, à la suite de l'injection d'une seule dose faible de sels d'or, une néphrite avec amylose à évolution subaiguë, vérifiée par l'autopsie. Il se demande si l'amylose préexistait ou si elle avait été provoquée par l'injection aurique..

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1934.

A propos de l'ostéogenèse. — M. Gosset rapporte les expériences de M. Lœwy. Celui-ci a pratiqué des greffes de muqueuse de l'arbre urinaire. Il a chaque fois obtenu la production d'os dans le muscle. Par contre, lorsqu'il a essayé des transplantations homoplastiques, il n'a obtenu aucun résultat.

Œdème aigu du pancréas. — M. Ameline apporte une observation personnelle.

Fibrome du creux poplité. — M. Cadenat relate cette curieuse observation.

Plasmocytome ilio-sacré. — M. Mathieu rapporte un travail de MM. Sabadini, Montpellier et Chechau (d'Alger). Leur malade présentait une tumeur fluctuante de la région sacro-iliaque, qu'on extirpa. L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un plasmocytome. Des radiographies de tout le squelette montrent alors d'autres localisations. Malgré des séances de radiothérapie, l'état général s'est rapidement aggravé.

M. Mathieu ajoute un cas de plasmocytome vertébral observé par lui.

Anesthésie des splanchniques. — M. C. Bloch décrit le procédé qu'il emploie pour l'anesthésie loco-régionale nécessaire dans les gastrectomies. Il pratique l'anesthésie du plexus solaire, après avoir effondré le petit épiploon.

M. Sauvé a observé des accidents après gastrectomie faite à l'anesthésie locale. Il pense que la quantité de novocaïne injectée est responsable de ces accidents.

MM. Brocq et Bréchot utilisent toujours l'anesthésie loco-régionale pour leurs gastrectomies.

Septicémies. — M. Sauvé insiste sur la nécessité de traiter toujours la porte d'entrée, si elle est évidente. Dans les streptococcémies, la vaccination paraît susceptible d'amener des poussées, elle n'est donc pas à conseiller. Par contre, la sérothérapie avec le sérum de Vincent paraît susceptible d'amener des améliorations immédiates et même des guérisons définitives. S'il n'a pas d'action, M. Sauvé recomande l'électro-cuprol intraveineux à haute dose.

Les staphylococcémies ne réagissent à aucun des moyens précédents. L'immuno-transfusion ne donne pas de résultats certains. C'est la bactériophagie intraveineuse qu'il faut employer.

M. Bréchot confirme les bons résultats de l'électrocuprol dans les septicémies streptococciques.

M. Robert Monod attache une grande importance à l'abcès de fixation dans le traitement des septicémies.

M. Heitz-Boyer insiste sur l'importance des infections prostatiques à l'origine des septicémies à staphylocoques. Le traitement de la lésion prostatique entraîne bien souvent la guérison.

Arthrodèse pour coxalgie. — M. Richard. — Présentation de pièce anatomique.

Henri Redon.

REVUE DES CONGRÈS

XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 *octobre* 1934.

TROISIÈME QUESTION

Chirurgie des surrénales.

Résumé du rapport de MM. LEIBOVICI (de Paris) et STRICKER (de Mulhouse).

Après un bref rappel de l'anatomie des surréuales et de leurs accessoires possibles, les auteurs signalent que pour des raisons de facilités opératoires, Oppel a conseillé de s'attaquer uniquement à la surrénale gauche. Exception faite de Vorschutz, tous les chirurgiens ont suivi ce conseil.

Les interventions pouvant porter sur cette glande sont en définitive peu nombreuses. La plus importante et la plus fréquente est la *surrénalectomie*, qu'il est bon de ne réaliser que partiellement. La *médullo-surrénalectomie* proposée par Costatini serait plus logique, mais demeure d'exécution plus difficile.

Tout acte chirrugical sur ces organes suppose un minimum de connaissances anatomiques que les rapporteurs résument rapidement :

Technique de la chirurgie des surrénales. — Il faut distinguer :

1° L'exérèse des tumeurs volumineuses, bénignes ou malignes, solides ou kystiques ;

2° La chirurgie endocrinienne, hormonale, où l'on cherche à niveler une hyperépinéphrie physiologique, sur une glande dont le volume somme toute est normal ou presque.

A. CHIRURGIE DES TUMEURS. — On les abordera par la voie abdominale antérieure, transpéritonéale. Suivant le conseil de Lecène, l'exploration anatomique sera très attentive avant toute tentative de décortication. Elle aboutira au bilan des possibilités d'exérèse. C'est que, dans cette chirurgie, « commencer » c'est se condamner à aller jusqu'« au bout », en dépit des difficultés opératoires liées à une vascularisation souvent très développée, « ni définie, ni constante ».

Selon les cas, on enlèvera la tumeur seule, ou la tumeur et le rein.

B. CHIRURGIE DE L'HYPERÉPINÉPHRIE. — S'il s'agit de lutter contre une thrombo-angéite oblitérante, on peut penser qu'on ne trouvera pas de tumeur, car sur 200 cas opérés, on a toujours fait cette constatation négative. Et, puisqu'il convient dès lors de réduire simplement le volume du parenchyme glandulaire, il demeure tout indiqué de s'adresser à la glande gauche, d'accès plus facile.

Mais quand le problème relève de l'hypertension artérielle permanente ou paroxystique, il en va tout autrement, car là, la présence d'une tumeur est possible. Dans ce cas, l'exploration des deux surrénales s'impose. Si la recherche est négative des deux côtés, on enlèvera indifféremment l'une ou l'autre des glandes.

La surrénale qu'on a décidé de supprimer étant découverte, on procédera d'abord à son isolement. Il importe de travailler toujours au contact du rein, car la graisse intersurréno-rénale adhère à la surrénale et non au rein. La glande n'étant plus maintenue que par ses pédicules vasculo-nerveux, l'ablation en devient aisée par ligature et section des pédicules.

La surrénale est d'une extrême fragilité ; il faut agir avec douceur et utiliser les pédicules comme moyens de traction. Malgré toutes ces précautions, l'ablation en « un bloc » est souvent impossible. Oppel conseille de toujours conserver un fragment glandulaire, par crainte d'accidents graves par insuffisance surrénalienne. Il importe de pratiquer très vite un examen histologique ; certains chirurgiens n'ont pas trouvé la glande ; d'autres ont extirpé de bonne foi un lobule graisseux sur la nature duquel ils se sont mépris.

Deux autres opérations sont possibles :

a. La médullectomie surrénale ;

b. L'énervation surrénale.

La destruction de la portion médullaire, dont la fonction est nettement adrénaligène, laisse intacte la portion corticale indispensable à la vie. Mais cette destruction est difficile au bistouri, aussi Stricker a-t-il songé à la réaliser en usant de fixateurs histologiques : alcool à 95°, bichromate de potasse, liquide de Wiesel. C'est là un procédé aveugle, qui du reste n'a pas satisfait son auteur.

L'énervation fut pratiquée pour la première fois en 1929 par Donati dans un cas de diabète, puis Corachan.

Après section des nerfs, on réalise une sympathectomie chimique au niveau du tissu périsurrénal à l'aide d'une solution de phénol à 4 p. 100.

Crile a tenté la même intervention contre l'hyperthyroïdie résiduelle ou récidivante, contre l'hyperthyroïdie primitive grave.

La section du splanchnique a été proposée en 1926 par Pende. Elle équivaut chez l'animal à une médullectomie physiologique. Gino Pieri l'exécuta cinq fois contre l'hypertension, une fois dans un cas d'artérite sénile avec menace de gangrène.

Physiologie de la médullo-surrénale. — L'adrénaline agit sur le cœur à la façon d'un excitant. On note une augmentation des battements et une accélération du rythme. Injectée dans l'organisme, l'adrénaline détermine au contraire un ralentissement du rythme cardiaque. Il faut attribuer cet effet à l'action cardio-modératrice du bulbe, car la section des pneumogastriques ou leur paralysie par l'atropine laisse l'adrénaline accélérer les battements du cœur comme si cet organe était isolé.

Dans ces conditions, il semble logique d'admettre une double action de l'adrénaline sur le cœur : modératrice d'une part, à la suite d'une stimulation des origines du pneumogastrique au niveau du centre bulbaire, accélératrice d'autre part, à la suite d'une excitation des terminaisons sympathiques intracardiaques.

Il est incontestable que l'adrénaline provoque la constriction de tous les vaisseaux, y compris les capillaires. Elle augmente la concentration du sang et sa coagulabilité ; sous son influence, les hématies et les globules blancs paraissent plus nombreux. Elle semble jouer un rôle important, régulateur, dans le métabolisme des hydrates de carbone ainsi qu'une action inhibitrice sur le tonus et le mouvement rythmique de l'intestin et en général sur toute la musculature du tube digestif.

Les diverses manifestations de l'adrénaline se résument dans une excitation spécifique par cette hormone des terminaisons du sympathique. Aussi, Leriche a-t-il pu dire que « la chirurgie médullo-surrénale était en quelque sorte une annexe de la chirurgie du sympathique ».

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Physiologie de la cortico-surrénale. — L'importance de la cortico-surrénale est considérable. Sa suppression totale déclenche des vomissements, de la diarrhée, un ralentissement de la respiration, une chute de la pression aboutissant au collapsus et à la mort. C'est au sein de cette glande que s'élaborent la cholestérine, ses sels et diverses lécithines. Son rôle dans le métabolisme des hydrates de carbone est bien connu sa suppression entraîne une baisse de la glycémie, une diminution du glycogène du foie et des muscles. Son action s'exerce encore sur la composition sanguine et la pression artérielle. L'ablation de la substance corticale est suivie d'une augmentation des lymphocytes et des hématies et d'une diminution des neutrophiles, enfin d'une chute nette de la tension.

Les relations physiologiques des surrénales et des autres glandes endocrines sont pleines d'intérêt ; les rapporteurs les exposent en détails, notamment en ce qui concerne l'ovaire et le testicule.

Indications et résultats des opérations. — Les indications sont multiples :

1° Pour des tumeurs ou des kystes de la glande ne s'accompagnant d'aucune manifestation endocrinienne ;

2° Pour des tumeurs se traduisant cliniquement par un syndrome endocrinien nettement caractérisé ;

3° Pour des maladies déterminées ou simplement influencées par un hyper ou dysfonctionnement glandulaire, dans lesquelles on ne rencontre pas de tumeur, quelquefois seulement une hyperplasie glandulaire, souvent même un aspect histologique absolument normal.

4° On a tenté parfois de combattre par des greffes de surrénales des maladies se traduisant par une déficience glandulaire ou attribuées à un hyperfectionnement endocrinien.

5° La surrénalectomie et l'énervation capsulaire ont été pratiquées dans l'épilepsie, l'hypertension permanente et paroxystique, dans les maladies de Buerger et de Raynaud, le diabète, l'hyperthyroïdisme, l'asthénie neuro-circulatoire, l'ulcus gastro-duodénal, les tumeurs de la corticale et de la médullaire, les hémorragies et les kystes surrénaliens.

Quels ont été les résultats ?

Dans l'épilepsie, la thérapeutique chirurgicale a été abandonnée.

Dans les hypertensions, notamment dans celles qui paraissent liées à la ménopause, on a noté, à côté de quelques succès, des échecs manifestes.

Dans la maladie de Buerger, la surrénalectomie est efficace si le sujet possède des voies artérielles périphériques suffisamment perméables susceptibles de vasodilatation post-opératoire.

Dans la maladie de Raynaud, les sympathectomies périvasculaires sont d'ordinaire efficaces ; aussi n'a-t-on pratiqué qu'exceptionnellement la surrénalectomie.

L'énervation surrénalienne au cours du diabète a peut-être amélioré le métabolisme des hydrates de carbone dans des cas insulino-résistants. La même opération préconisée dans certains syndromes d'asthénie d'origine neuro-circulatoire et dans l'ulcus gastro-duodénal a été pratiquée trop rarement pour qu'on puisse en juger sainement les résultats.

Quant aux greffes surrénaliennes, elles semblent, sauf exception, nettement inefficaces.

Crile aurait énervé 71 fois les surrénales pour des crises d'hyperthyroïdisme au cours de la maladie de Basedow, avec 95 p. 100 de guérisons. Le plus souvent les malades ainsi traités avaient déjà subi une thyroïdectomie et la maladie de Basedow avait récidivé.

Giordano conseille l'énervation avant toute intervention grave portant sur la thyroïde.

Si l'on veut mettre quelque clarté dans l'étude des résultats obtenus dans le traitement des tumeurs cérébrales, il convient de distinguer :

1° Les tumeurs des éléments embryonnaires qui se généralisent trop rapidement pour qu'un traitement puisse être pratiqué assez tôt ;

2° Les ganglio-neuromes qu'aucun symptôme clinique n'accompagne et qui de ce fait sont la plupart du temps des trouvailles nécropsiques ;

3° Les paragangliomes que traduisent des crises d'hypertension paroxystiques et qui le plus souvent sont de nature bénigne. Presque toujours elles appartiennent au cortex. Elles conditionnent, suivant les cas, le syndrome génito-surrénal, le syndrome hypertensif, le syndrome d'insuffisance surrénale. Certaines audaces chirurgicales ont été couronnées de succès, mais il faut avouer que presque toujours ces tumeurs avaient dégénéré au moment où l'on décidait de les extirper.

Les chances de succès opératoire au cours des hémorragies intrasurrénaliennes sont minimes. On intervient d'ordinaire sans diagnostic précis, on ne découvre pas toujours le foyer, et la bilatéralité fréquente de ces hémorragies complique encore leur thérapeutique. Les grands kystes hématiques doivent être enlevés ou marsupialisés.

La seconde partie de cet intéressant travail est une étude critique de la surrénalectomie dans le traitement des artérites oblitérantes.

Après un rappel des travaux d'Oppel pour qui l'artérite spontanée est la conséquence d'une hyperadrénalinémie, Leibovici, spécialement chargé de ce chapitre, constate que les travaux en question ne présentent aucune base clinique, anatomique ou expérimentale certaine. De plus, en présence d'une affection aussi lente que la thrombo-angéite oblitérante, on ne saurait parler de guérison que si l'on disposait de résultats nombreux et observés depuis plusieurs années. Au total, pour juger, il faudrait un recul aussi considérable que celui qu'on exige d'ordinaire pour apprécier la valeur d'une thérapeutique anticancéreuse.

Il est donc trop tôt, pour la plupart des observations rapportées par les différents auteurs, de parler de guérisons définitives. Du reste, la valeur de la surrénalectomie ne peut se mesurer qu'à son aptitude à éviter l'amputation, et cette « aptitude » varie avec les statistiques des opérateurs.

Statistique d'Oppel. — Elle comporte 42 résultats éloignés, dont 29 seulement remontent à plus de deux ans. On note 19 récidives dont 3 mortelles ; 8 malades furent amputés des deux membres inférieurs ; 8 présentèrent une extension progressive des lésions oblitérantes. Parmi les 25 cas considérés comme des succès, 14 seulement datent de deux ans. Mais l'auteur appelle « succès » les cas où le pouls a réapparu au niveau d'une artère qui ne battait plus, même si l'on a dû quand même pratiquer une ou

deux amputations. Au total, les 12 plus beaux résultats se rapportent à des malades chez qui la surrénalectomie précocement pratiquée semble avoir évité la gangrène et permis la conservation des deux membres inférieurs.

Statistique de Herzberg. — Sur 106 malades surrénalectomisés, beaucoup furent soulagés, mais presque toujours le résultat fut éphémère. « On avait espéré, dit l'auteur, que l'épinéphrectomie serait un traitement causal qui guérirait la gangrène spontanée, mais ces espoirs ne se sont pas réalisés et c'est pourquoi l'épinéphrectomie ne s'est pas répandue. »

Statistique de Leriche. — Il s'agit de 12 observations avec 5 échecs complets, 2 échecs partiels, 5 succès dont 3 parfaits et 2 relatifs ; encore certains de ces résultats sont-ils bien récents.

Statistique de Hertz. — L'auteur ne cache pas sa déception. « Avec un recul de sept ans, dit-il, mon avis est le même que quand j'ai publié les observations de mes six surrénalectomisés. » Il ne voit pas de différence entre les cas opérés et les autres.

Le rapporteur conclut que la surrénalectomie n'est encore qu'une opération expérimentale et qu'il convient de lui préférer jusqu'à nouvel ordre la sympathectomie lombaire.

Certes, il ne s'agit pas là d'un traitement causal, mais plus modestement d'une méthode efficace, susceptible de provoquer souvent une vaso-dilatation assez durable pour améliorer une circulation jusque-là déficiente.

Les traitements nonopératoires. — *La radiothérapie* agirait davantage sur le système sympathique que sur la surrénale elle-même. Elle semble surtout efficace contre l'élément douleur.

On a proposé l'*injection endoveineuse de vaccins* dans le but de provoquer une élévation de la température et conséquemment une vaso-dilatation. Cette méthode est encore à l'étude.

Mais la thérapeutique médicale la plus intéressante est celle de *Silbert* (de New-York). Cet auteur voit dans l'abus du tabac une des causes les plus fréquentes de la thrombo-angéite oblitérante. Il interdit complètement l'usage de ce toxique et pratique trois fois par semaine une injection intraveineuse hypertonique (300 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 5 p. 100).

Si la gangrène est très localisée et s'accompagne de fortes douleurs, il convient d'ajouter une névrectomie des rameaux sensitifs du pied.

Sur 116 malades ainsi traités depuis deux ans, Silbert n'a fait que 21 amputations. 49 d'entre eux ont été suivis de deux à trois ans, 26 de trois à quatre ans, 16 de quatre à cinq ans, 5 de six à sept ans. Sur 45 sujets qui avaient déjà perdu un membre, 7 seulement furent amputés de l'autre côté, soit 16 p. 100. Une série analogue d'uni-amputés non traités donnait 46 p. 100 d'amputations du second membre dans les dix ans.

Sous l'influence de ce traitement il semble bien que l'artérite se stabilise. On note aussi une amélioration sensible de toute la circulation générale.

Le rapporteur souligne qu'aucune autre thérapeutique n'a évité autant d'amputations. Mais il lui semble que la suppression du tabac soit une condition *sine qua non* des résultats escomptés.

Discussions.

M. Silbert (de New-York) traite les artérites oblitérantes médicalement ; grâce à sa technique personnelle exposée en détails par les rapporteurs, sur 500 malades environ suivis de deux à neuf ans, il a obtenu 98 p. 100 de succès.

19 amputations ont été nécessaires, mais on a pu presque toujours les pratiquer au-dessous du genou (16 contre 3 à la cuisse).

Dans les formes ulcérées, on compte 174 guérisons sur 255 malades avec 42 morts et 39 sujets non guéris (23 fois abandon de traitement et 16 trop récemment traités).

M. Corachan (de Barcelone), se basant sur ses expériences personnelles, arrive aux conclusions suivantes :

I. Le rôle physiologique des surrénales dans la régulation du métabolisme des hydrates de carbone est incontestable.

II. L'énervation des surrénales détermine chez l'animal une atténuation marquée des troubles d'origine diabétique.

III. Les essais tentés sur l'homme sont encourageants et dans tous les cas ne présentent aucun danger. Il importe cependant d'en perfectionner la technique.

M. Leriche (de Strasbourg). — La question traitée par les rapporteurs incite l'auteur à définir certains points de la pathologie endocrinienne encore si mal connue.

I. Les glandes à sécrétion interne sont rarement atteintes par l'infection. Leur pathologie réside surtout dans les variations qualitatives ou quantitatives de leurs produits de sécrétion.

II. Il y a d'abord un type pathologique que l'on peut appeler une hypertrophie par nécessité physiologique sous l'influence d'un appel à l'hormone. Dans les cas extrêmes, cette hypertrophie peut aller jusqu'à l'adénomisation.

III. Il existe aussi un état pathologique du fait de l'interdépendance des glandes hormonales ; un excès d'une sécrétion hypophysaire par exemple déclenche l'apparition d'adénomes surrénaux ou une hypertrophie adénomateuse thyroïdienne.

IV. L'union physiologique du sympathique et du système endocrinien complique souvent ces manifestations pathologiques.

V. En vérité, l'étude anatomo-pathologique des lésions hormonales est fort peu avancée. Il n'y a pas très longtemps, le corps thyroïde était considéré comme normal dans la maladie de Basedow.

VI. S'inspirant de ces faits, Leriche se déclare « conservateur ». Ses préférences thérapeutiques sont pour l'énervation et les opérations sympathiques. Il rapporte deux observations de greffes surrénaliennes et étudie la physiologie de l'hypertension qui lui paraît de plus en plus d'origine endocrinienne. Il a opéré 4 cas : une hypertension paroxystique par exérèse d'une petite tumeur chromaffine, trois hypertensions solitaires graves, avec une mort opératoire et 2 guérisons.

Pour ce qui est de la maladie de Buerger, l'auteur pense qu'il existe au début un spasme artériel généralisé qui précède la thrombose. Ce spasme serait fonction de la surrénale plus que du sympathique. L'expérimentation a montré en effet que l'injection de la parathormone provoque

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

des thromboses artérielles et entraîne une hyperactivité fonctionnelle de la surrénale.

Suivant les cas, le traitement comportera l'artériectomie, les sympathectomies ganglionnaires, la surrénalectomie.

MM. FONTAINE, SALDARRIAGE et FRŒHLICH signalent les services considérables qu'on peut attendre de l'artériographie dans le diagnostic de la nature et de l'étendue des artérites.

Ils montrent qu'au stade pré-oblitératif les différentes variétés d'artérites possèdent des images adiographiques ; l'artériogramme d'une maladie de Buerger diffère de celui d'une artérite sénile.

Plus tard, au stade des oblitérations, on est frappé par la fréquence des obstructions très localisées. L'artériographie en précise la topographie et montre comment se rétablit la circulation en aval.

Dans une seconde partie de leur communication, les auteurs considèrent les résultats de l'énervation des surrénales. Pratiquée sur une seule des glandes ou même sur les deux glandes, elle n'entraîne qu'une chute passagère de la tension ; il n'y a jamais d'hypotension durable. Cependant, chez des chiens ainsi traités, certains réflexes hypertenseurs ne peuvent plus être obtenus.

L'énervation de la surrénale est sans effet sur les hypertensions chroniques consécutives à une névrectomie sinuso-carotidienne bilatérale.

M. APPELMANS (de Louvain) communique une intéressante observation de tumeur surrénale avec hypertension paroxystique. En dépit d'un examen très complet, clinique, histologique et chimique, l'auteur déclare ne pouvoir arriver à une conclusion ferme quant à la nature exacte du néoplasme qu'il suppose cependant être une tumeur de la médullaire.

MM. ZIMMERN et BRUNET (de Paris) ont obtenu quelques guérisons par la radiothérapie des surrénales au cours des artérites oblitérantes. Mieux connue et mieux expliquée, cette thérapeutique éviterait certainement bien des amputations.

M. JIANO (de Bucarest) apporte 13 observations : 8 surrénalectomies, 4 énervations, 1 homogreffe. L'ablation de la glande a été faite 2 fois pour hypernéphrome (une amélioration et une mort), 2 fois pour épilepsie essentielle (deux échecs), 4 fois pour artérite oblitérante (un cas trop récent, trois échecs mais ayant permis des amputations économiques).

L'énervation pratiquée chez des diabétiques athéromateux n'a pas modifié les troubles vsaculaires, mais les crises viscérales et les douleurs fulgurantes ont disparu.

L'homogreffe massive, tentée dans un cas de neurofibromatose généralisée, a donné une amélioration.

M. WELTI (de Paris) considère l'opération préconisée par Crile comme efficace et non dangereuse. Il l'a pratiquée avec succès dans un cas d'asthénie neuro-circulatoire avec sympathicotonie et légère hypertension artérielle.

On aborde la surrénale par la voie lombaire. Sa découverte est parfois laborieuse. C'est sa couleur et surtout sa consistance qui guident le chirurgien. Une fois reconnue, la glande est soulevée à l'aide d'un instrument spécial en forme de fourchette. Ce procédé rend visibles les filets nerveux que l'on veut sectionner.

Si l'on intervient des deux côtés, il est nécessaire, avant d'enlever la deuxième glande, d'attendre que la glande opérée ait cessé d'être inhibée par le traumatisme opératoire. Un intervalle de trois mois doit ainsi séparer les deux interventions.

Dans la maladie de Basedow, on ne doit jamais recourir d'emblée à l'énervation surrénalienne. Celle-ci peut être la cause d'accidents graves d'hyperthyroïdisme post-opératoire. Il faut avant tout réséquer le corps thyroïde ; la guérison de l'hyperthyroïdisme suivra dans la plupart des cas, sinon il sera toujours temps de procéder secondairement à l'énervation surrénalienne.

E.-A. DARIAU.

NOUVELLES

Examen radioscopique obligatoire des nouveaux inscrits aux établissements d'enseignement supérieur en Suisse. — Un décret du Conseil d'État, à la suite d'une initiative venue de l'Université de Zurich, rend obligatoire, dans le but de dépister la tuberculose, l'examen radioscopique des nouveaux inscrits aux établissements d'instruction supérieure. Les tuberculeux contagieux ne sont pas admis à suivre les cours ; les autres sont instruits de leur état et de leurs devoirs et doivent être revus à dates fixes.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique. — M. le professeur Portmann a créé l'an dernier, à Paris, un cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique avec le concours des Drs J. Auzimour et P. Leduc. Cela avait été un succès.

Cette année, le professeur Portmann a de nouveau réalisé ce cours ; il fut suivi par 67 éminents spécialistes venus de France, d'Amérique, de Belgique, de Danemark, d'Espagne, de Grèce, de Hollande, d'Italie, de Roumanie, de Suisse, de Turquie.

Ce cours, essentiellement pratique, comportait, le matin, dans l'amphithéâtre de l'hpôital de la Croix-Rouge une leçon théorique ayant trait à l'anatomie et à la pathologie chirurgicale de la spécialité. Des démonstrations au tableau, des projections et des films cinématographiques — qui étaient adjoints à cet exposé journalier — venaient encore, si possible, ajouter plus de précision à l'éloquence si claire du professeur Portmann.

Toutes les affections de l'oreille, selon les classifications de l'anatomie pathologique la plus moderne, ont été minutieusement étudiées, de même que la question si complexe de la mastoïde et de l'ethmoïde.

L'après-midi, les interventions et les techniques d'anesthésie locale étaient expliquées et commentées, avant et après les interventions, dans le cadre moderne de l'hôpital de la Glacière.

Enfin, une série de cas particulièrement intéressants a permis de donner à la chirurgie du cancer le relief qu'elle mérite.

Un banquet donné dans une ambiance de sympathie clôtura la série des cours.

Des discours pleins d'esprit furent prononcés : le

NOUVELLES *(Suite)*

Dr Dufourmentel, de Paris ; le Dr Péri, d'Alger, et le Dr Christian Hvidt, de Copenhague, prenant la parole au nom de ses confrères étrangers. Tous, en des paroles émouvantes, remercièrent et félicitèrent le professeur Portmann et ses collaborateurs de leur admirable enseignement.

Enfin, prenant à son tour la parole, le professeur Portmann remercia, en termes vibrants, ses collaborateurs, les Drs Auzimour et Leduc, et tous les assistants du cours, d'avoir créé autour de lui une atmosphère si compréhensive et si amicale. A la demande générale, il décida que le cours de l'an prochain durerait deux semaines et comporterait un enseignement plus étendu. L'oto-rhino-laryngologie française peut être fière du succès sans cesse grandissant de l'enseignement du professeur Portmann à Paris.

Croisières médicales françaises (Paques 1935). — Depuis mars dernier, le Comité des Croisières médicales françaises avait annoncé que leur croisière de Pâques 1935 se dirigerait vers l'Egypte et la Palestine.

Un programme sensationnel a pu être réalisé grâce à la très aimable collaboration des deux grandes Compagnies françaises : la Compagnie générale Transatlantique et les Messageries maritimes.

Le paquebot *De Grasse* (24 000 tonnes), dont il est superflu de vanter le luxe et la tenue de mer, quittera Marseille le dimanche 14 avril, et après une escale à *Tripoli de Barbarie*, aux portes du désert, point de concentration des caravanes, gagnera *Port-Saïd* où il séjournera cinq jours entiers.

Durant ce temps, les touristes pourront, en utilisant un des projets d'excursions prévues, se diriger à leur gré, soit vers la Palestine et Jérusalem où ils passeront le samedi et le dimanche de Pâques et reviendront par le Caire pour visiter la Basse-Egypte (les Pyramides, Memphis, Saccarah, etc.), soit vers la Haute-Egypte en longeant le Nil jusqu'à Assouan, Karnak, Souttson et la vallée des Rois, et revenir au Caire d'où ils pourront aussi visiter la Basse-Egypte.

Deux escales couperont le trajet de retour : l'une à Reggio, avec excursion dans les sites réputés de la Calabre, l'autre à Naples qui permettra de terminer cet intéressant voyage sur une vision féerique.

Le *De Grasse* touchera Marseille le 29 avril.

Prix habituel des places (à partir de 2 500 francs en première ; 1 800 francs en touriste).

Comme pour les précédentes croisières, de nombreuses bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris. Téléphone Odéon 20-63.

Croisière des grandes vacances 1935. — Le paquebot *Aramis*, des Messageries maritimes, fera le tour de la mer Noire. Nous donnerons ultérieurement le programme de ce merveilleux voyage en Turquie, Roumanie et U. R. S. S. où nous visiterons Istambul, Bucarest, la Crimée, le Caucase et l'Arménie.

Deux beaux voyages. — L'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris (IIe) (Téléphone : Richelieu 79-65), organise au mois de février prochain un voyage accompagné en Egypte-Palestine-Syrie Alexandrie, Le Caire, Memphis, Louqsor, Assouan, Jérusalem, Jéricho, Bethléem, Nazareth, Cana, Tibériade, Damas, Baalbeck, Beyrouth, Jaffa), au prix de 4 950 francs, tout compris, et un voyage en autocar au Maroc par l'Espagne (Burgos, Escurial, Madrid, Tolède, Cordoue, Séville Algéciras, Ceuta, Tetuan, Tanger, Rabat, Casablanca, Marrakech, Meknès, Fez, Gibraltar, Malaga, Grenade, Murcie, Valence, Tarragone, Barcelone), au prix de 2 950 francs tout compris. Programmes détaillés envoyés sur demande.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXIXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935.

Présidents : M. René Charpentier (Neuilly-sur-Seine) et M. Ern, de Gracne, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Vice-président : M. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris.

Secrétaire général : M. le professeur P. Combemale, médecin-chef à l'asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le professeur G. Vermeylen, de l'Université libre de Bruxelles.

Trésorier : M. Vignaud (Paris).

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIXe session.

Psychiatrie : L'hystérie et les fonctions psychomotrices : étude psycho-physiologique. — Rapporteur : M. Henri Baruk, médecin-chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine).

Neurologie : L'hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique. — Rapporteur : M. Ludo van Bogaert (Anvers), agrégé à l'Université de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : Délinquance et criminalité de l'enfance. — Rapporteurs : M. G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et M. Paul Vervaeck (Bruxelles), médecin inspecteur adjoint des Asiles et colonies d'aliénés du royaume.

Les inscriptions sont reçues par M. Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Compte chèque postal Paris 456-30.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXIXe session inscrits avant le 10 juin 1935 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Societas oto-rhino-laryngologica latina. — Le IVe Congrès de la Societas oto-rhino-laryngologica latina se

NOUVELLES *(Suite)*

tiendra à Bruxelles du 20 au 23 septembre 1935 sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine.

Le comité d'honneur comprend : le président du Conseil belge, les ministres des pays latins accrédités en Belgique, le gouverneur de la Province, le bourgmestre de Bruxelles, le président de l'Académie de médecine.

Les universités de Bruxelles, Gand, Liége et Louvain ont accordé leur patronage et ont délégué pour les représenter les professeurs Heyninx, Vernieuwe, Breyre et van den Wildenberg.

Président du Congrès : M. Buys, agrégé à l'Université de Bruxelles ; « Docent » à l'Université de Turin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

Vice-présidents : M. Hennebert, agrégé à l'Université de Bruxelles. M. van Swieten, chef du service O. R. L. de l'hôpital Sainte-Elisabeth, Bruxelles.

Secrétaire général : M. Chavanne, de Lyon.

Question à l'ordre du jour : Les abcès encéphaliques en oto-rhinologie.

Rapporteurs : MM. Manuel Balado et Segura (République Argentine) ; Breyre, Buys, Coppez, Guns, Hicguet, Le Roy, Martin, Thienpont, van Caneghen, van den Wildenberg, van Gehuchten, van Swieten, Vernieuwe (Belgique) ; A.-G. et R.-G. Tapia (Espagne) ; Aubry, Bouchet, H. et R. Bourgeois, Chatellier, Chavanne, Halphen, Huet, Lemaitre, Moulonguet, Winter (France) ; Quix (Hollande) ; Bilancioni, Bruzzi, Calamida, Carnevale, Ricci, Citelli, Ferreri, Traïna (Italie) ; Metzianu (Roumanie).

CONFÉRENCES : M. Hinojar (Madrid) : Traitement chirurgical des méningites. — M. Hautant (Paris) : Chirurgie de l'hypo-pharynx et de l'œsophage cervical. M. Malan (Turin) : La sénescence des voies aériennes supérieures au point de vue anatomique et clinique.

Les communications ne pourront être faites que sur les sujets du rapport et des conférences.

La cotisation est fixée à 100 francs français, celle des membres de la famille des congressistes est fixée à 50 francs français.

Les inscriptions sont reçues par le secrétaire général de la Société O. R. L. Latina (chèques postaux, Lyon 461-28). Les inscriptions et cotisations émanant de la Belgique, de même que toutes demandes de renseignements, doivent être adressées à M. Vues, 5, rue de Livourne, à Bruxelles.

Clinique des maladies du système nerveux (Professeur : M. GEORGES GUILLAIN). — Durant l'année scolaire 1934-1935, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 25 *janvier* 1935. — Professeur Georges Dumas : La mimique.

Vendredi 22 *février*. — Dr Clovis Vincent : Les tumeurs du nerf acoustique.

Vendredi 22 *mars*. — Dr J. Lhermitte : Les troubles de la sensibilité dans les lésions cérébrales en foyer.

Vendredi 12 *avril*. — Dr Th. Alajouanine : Les névralgies du trijumeau.

Vendredi 21 *juin*. — Dr N. Péron : Les anorexies mentales.

Vendredi 5 *juillet*. — Dr A. Souques : Les périodes obscures de l'ancienne neurologie grecque.

Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène. — Ce cours de perfectionnement sera fait sous la direction de M. L. TANON, professeur d'hygiène, et de M. P. JOANNON, agrégé.

Sous-directeur : M. le Dr Ph. Navarre ; chef des travaux : M. le Dr Marcel Clerc ; préparateur : M. le Dr N. Lantz.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend : 1° une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Il commencera le 4 janvier à 14 h. 30, pour la bactériologie et le 4 mars, à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront : soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine, soit celui de l'Institut Pasteur de Paris, soit celui du Val-de-Grâce; soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE, sous la direction de M. le professeur Tanon et de M. Macaigne, agrégé.

Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène. — Généralités. — Le microscope. — Examen à l'état frais. — Colorations. — Stérilisation. — Milieux de culture. — Séparation des germes. — Inoculation aux animaux. — Agglutinations, séro-diagnostic. — Pus : staphylocoques, streptocoques. — Crachats : pneumocoques, tuberculose. — Gangrènes. — Exsudats bucco-pharyngés : diphtérie. — Syphilis : réaction de Bordet-Wassermann. — Gonocoques. — Méningocoques. — Charbon. — Tétanos. — Lèpre. — Peste. — Choléra. — Colibacille. — Bacilles typhiques et paratyphiques. — Dysenterie. — Eaux. — Selles. — Urines. — Lait. — Vaccins. — Sérums.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PARASITOLOGIE, sous la direction de M. le professeur Brumpt. — Les mycoses. — Le paludisme. — Les leishmanioses. — La dysenterie amibienne. — Les trypanosomiases. — Coprologie (Recherche des parasites intestinaux). — Les leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL D'HYGIÈNE. —*Hygiène et prophylaxie générale.*—MM. Tanon, Liard, Legros, Lemaistre, Clerc, Cambessédès, Jules Renault, Martial, Pouillot, Leclainche, Cruveilhier, Debré, Loir, Neveu, Joannon, Ramon, Camus, Nattan-Larrier : Organisation générale de l'hygiène en France. — Législation et administration générales. — Commentaires de la loi de 1902. — Hospitalisation et isolement. — Désinfection. — Police sanitaire maritime. — Les conférences sanitaires internationales. — L'hygiène des navires. — Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. — Emigration. — Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène — Charbon. — Diphtérie. — Dysenterie. — Fièvres typhoïdes et paraty-

NOUVELLES (*Suite*)

phoïdes. — Mélitococcie. — Méningite cérébro-spinale. — Rage. — Rougeole. — Scarlatine. — Typhus exanthématique. — Variole et varicelle. — Choléra. — Fièvre jaune. — Peste.

Hygiène urbaine. — MM. Diénert, Guillerd, Hazemann, Martin, Clerc, Navarre, Neveu : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. — Captage des sources. — Stérilisation des eaux de boissou. — Contrôle des eaux. — Eléments d'hydro-géologie. — Evacuation et traitement des eaux usées. — Hygiène de l'habitation. — Hygiène rurale. — Méthodes de statistique.

Hygiène industrielle. — MM. Bordas, Duvoir, Martin, Kohn-Abrest, Cot : Salubrité de l'atelier en général. — Réglementation du travail dans les usines.— Les fumées dans les grandes villes. — Les poussières dans les villes. — Dermatoses professionnelles. — Intoxications professionnelles. — Eléments de toxicologie. — Etude des atmosphères confinées. — Asphyxies accidentelles.

Hygiène alimentaire. — MM. Bordas, Sacquépée, Henri Labbé, Martel, Giroux, Navarre, Toubeau, Filaudeau : Pains et farines. — Alimentation normale. — Rations alimentaires. — Le lait. — Boissons fermentées. — Fraudes alimentaires. — Contrôle des fraudes. — Infections d'origine alimentaire. — Les viandes, leur contrôle.

Prophylaxie des maladies sociales. — MM. Gougerot, Tanon, Navarre, Biazrd, Neveu, Joannou : Prophylaxie sociale de la syphilis. — Surveillance de la prostitution. — Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. — Organisation antituberculeuse. — Le cancer. — L'alcoolisme. — Le service social, relations avec les services d'hygiène. — Rôle social des visiteuses d'hygiène. — Surveillauce des maladies épidémiques.

Hygiène infantile. — MM. Couvelaire, Lesné, Marengo, Weill-Hallé, Vitry, Roubinovitch, Jules Renault, Mme Jouart : Mortalité et mortinalité infantiles. — Hygiène de la gestation. — Hygiène du nouveau-né. — Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. — Alimentation du nourrisson. — La protection des enfants placés en nourrice. — Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. — Hygiène mentale de l'enfant.

Visites. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique et dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs. Des stages pratiques sont organisés dans les services d'hygiène municipaux et départementaux à la fin de la cession.

Le programme détaillé pourra être demandé au laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

Conditions d'admissions. — Le cours est ouvert :

1° Aux docteurs en médecine français ; aux étudiants n'ayant plus que la thèse à soutenir ;

2° Aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ;

3° Aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4° Aux personnes autorisées par le professeur à suivre ces cours, en dehors des catégories précédentes ; ces personnes ne peuvent ni subir l'examen final, ni avoir droit à un diplôme.

Diplome. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen :

1° Le certificat de scolarité ;

2° Le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut.

Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français ou étrangers. Les élèves non médecins pourront recevoir un certificat d'assiduité.

L'examen comporte :

1° Des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ;

2° Des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête. Les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales ;

3° Des épreuves orrles portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; de parasitologie, de 150 francs ; total : 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation : 60 francs ; un droit de bibliothèque : 40 francs ; un droit de laboratoire : 350 francs ; un droit d'examen : 200 francs ; total : 650 francs.

Diplome de médecin sanitaire maritime. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime (Décret du 15 mars 1930), à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation portant sur la législation sanitaire, l'hygiène et le droit maritimes. Cette interrogation a lieu au cours de l'examen sanitaire maritime organisé chaque année en juin par le ministre de la Marine marchande.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Hôpital Saint-Louis (Service de M. Milian). — Un cours pratique d'histologie normale et pathologique d- la peau sera fait par M. Milian, du 7 janvier au 28 février 1935, avec la collaboration de MM. Gastou, Lafourcade, L. Périn et E. Rivalier.

Les leçons auront lieu le lundi 7 janvier 1935, et les jours suivants, à 2 heures. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme. — 1re Leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. — 2e Leçon : Technique : Fixation, coupes et colorations (M. Milian). — 3e Leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. Milian). — 4e Leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. Rivalier). — 5e Leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose. Dyskératose (M. Périn). — 6e Leçon : Vésicules, Spongiose. Œdème intracellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona,

NOUVELLES *(Suite)*

varicelle (M. Milian). — 7e Leçon : Pustules. Bulles (M. Milian). — 8e Leçon : Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn). — 9e Leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations-Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénification (M. Périn). — 10e Leçon : Lésions inflammatoires aiguës. Érysipèle (M. Milian).

11e, 12e et 13e Leçons : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplastie (M. Milian). — 14e et 15e Leçons : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian). — 16e Leçon : Le chancre mou (M. Milian). — 17e Leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Lafourcade). — 18e Leçon : Le psoriasis (M. Lafourcade). — 19e Leçon, — Le lichen plan (M. Périn). — 20e Leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. Rivalier). — 21e Leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. Rivalier). — 22e Leçon : Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. Rivalier). — 23e Leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityrisais versicolor. Blastomycoses (M. Rivalier). — 24e Leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. Gastou). — 25e Leçon : Pelade et alopécies en aires (M. Rivalier). — 26e et 27e Leçons : Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 28e Leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. Périn). — 29e Leçon : Dermatoses précancéreuses. Maladie de Paget. Maladie de Bowen. Xéroderma pigmentosum (M. Périn). — 30e Leçon : Les épithéliomas. Épithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. Périn). — 31e Leçon : Le sang dans les dermatoses (M. Rivalier). — 32e Leçon : La lèpre (M. Milian).

Le droit à verser est de 500 francs. Inscriptions au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Le nombre des places est limité. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Périn.

Cours complémentaire de bactériologie. — Le professeur Robert Debré, assisté du Dr Henri Bonnet, chef des travaux, commencera le lundi 7 janvier 1935, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie, avec la collaboration de MM. Gallerand, Leblois, Névot, assistants. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, et cessera le 29 mars. Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunoglogiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cet enseignement sera complété par une série d'exposés et de démonstrations donnés par : MM. Boquet, professeur Borrel, Et. Burnet, Comandon, professeur Ch. Dopter, Gastinel, agrégé, Guérin, professeur de Lavergne, Lecomte du Nouy, professeur Lemierre, professeur Levaditi, professeur Marchoux, Nègre, Nélis, professeur Ch. Nicolle, professeur Pettit, G. Ramon, Sabouraud, Saenz, professeur Sacquépée, Salimbeni, Pasteur Vallery-Radot, agrégé, professeur Verge, Weinberg, professeur Zinsser (de Boston).

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 500 francs.

Le nombre des élèves étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 16 heures, avant de retirer leur bulletin de versement.

Les bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Petit-Dutaillis, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le samedi 5 janvier 1935, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedi et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections de l'abdomen, du rachis et de la moelle.*

Enfants déficients et retardés. — Pour les enfants déficients, retardés, nerveux, instables, difficiles de caractère, inadaptés aux études ordinaires, paresseux, débiles moteurs, demi-sourds, arriérés de la parole, etc., s'adresser au Comité français d'éducation et d'assistance de l'Enfance déficiente, reconnu d'utilité publique, 13, rue Édouard-Robert, Paris (XIIe).

L'Œuvre a pour activité la formation du personnel technique, des consultations médicales et psycho-pédagogiques, le placement dans des internats spéciaux et centres d'entraînement.

A propos d'un argus très utile. — *J'analyse* va entrer dans sa huitième année. C'est une publication présentée sous forme d'*argus* citant 130 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 francs, France ; 30 francs, Union postale ; 40 francs, autres pays. Un numéro *spécimen* sera envoyé sur demande adressée

NOUVELLES *(Suite)*

au Dr Cronzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris (XIe).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 17 *Décembre.* — M. SARAFIFF, La néphrite hématurique subaiguë progressive. — M. FOURMAL, Etude critique de l'action de l'histidine sur les dyspepsies hypersthéniques de cause ulcéreuse ou non. — M. MITEFF, Le nouveau traitement du tétanos. — M. PASQUIER, Etude du traitement actuel des hémoptysies tuberculeuses.

18 *Décembre.* — M. BEAUVALET, Exploration clinique de la région thyroïdienne chez les basedowiens. — M. CARTON, Les barbituriques dans le traitement associé du tétanos. — M. HOSSEIN, Diagnostic de la broncho-pneumonie simple et tuberculeuse chez le nourrisson. — M. MARTINEZ PRIETO, Diagnostic biologique de la grossesse par les méthodes scientifiques. — M. MICHEL, 1° Chronaxie vestibulaire et réaction psycho-motrice ; 2° chronaxie du nerf phrénique et phrénico-exérèse. — M. GAY, A propos de cinq cas de fractures parcellaires intra-articulaires de la tête radiale. — M. BOMPARD, Pyknolepsie (contribution à l'étude des absences).

19 *Décembre.* — M. ARDEBER, A propos de quelques cas d'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales. — M. THOMAS, Sur un cas de môle vésiculaire récidivante. — Mlle BEISARD, La bronchectasie de l'enfant, maladie congénitale. — M. LAVOUÉ, Indications respectives de la sérothérapie et de la vaccination antitétaniques.

20 *Décembre.* — M. LE TENSORER, Les néphrites au cours de la syphilis secondaire. — M. DUFOUR, Etude des accidents d'emphysème du tissu cellulaire au cours du pneumothorax artificiel. — M. LAURENT, Hydarthrose hérédo-syphilitique tardive. — M. VERNAZ, La vaccinothérapie des mycoses et de leurs séquelles allergiques par les lysats diastasiques de champignons.

21 *Décembre.* — M. MAURICE, La *Lucilia sericata* en thérapeutique. — M. BAILEY, Table radiologique pour réduction des fractures, des Drs Marcel Sénéchal et Gérard Léon. — M. BOUREAU, L'anesthésie de base au tribromoéthanol.

22 *Décembre.* — M. MAYAUD, Le problème de la stérilisation chez les individus. — M. GOURAUD, Etude de l'action de l'eau de Saint-Aré.

Thèses vétérinaires. — 18 *Décembre.* — M. CARVOUNARIS, Hippophagie en vue de son introduction en Grèce. — M. FELDMANN, Le Rizet, ses dérivés dans l'alimentation des animaux domestiques.

19 *Décembre.* — M. AUTIGNAC, Tétanie d'herbage des Bovidés.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades. Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur NOBÉCOURT : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* — Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur BRINDEAU : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur LENORMANT : Leçon clinique.

22 DÉCEMBRE. — *Paris.* Clinique orthopédique, hôpital Cochin, 10 heures. M. le professeur MATHIEU : Leçon clinique.

23 DÉCEMBRE. — *Paris.* Assistance publique (49, rue des Saints Pères), 10 heures. M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE : L'infra-clinique.

25 DÉCEMBRE. — *Le Mans.* Dernier délai pour le concours de médecin contrôleur de l'Union des caisses d'assurances sociales de la Sarthe. Inscriptions chez M. Garczynski, président de l'Union des caisses, Le Mans.

31 DÉCEMBRE. — *Alger.* Clôture du concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Dernière limite d'envoi des monographies au secrétariat général d'hygiène, 17, rue Brue, à Alger.

31 DÉCEMBRE. — *Genève* (Secrétariat général du Congrès des maladies et accidents du travail). Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix de mille francs suisses pour récompenser une étude sur les accidents du travail.

11 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chirurgien des hôpitaux.

14 JANVIER. — *Alger.* — Concours pour deux places de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

15 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours du prix Fillioux.

15 JANVIER. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de la chaire de botanique à l'Ecole de médecine de Rennes.

15 JANVIER. — *Bordeaux.* — Concours de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Limoges.

15 JANVIER. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Dernier délai d'inscription pour le concours d'infirmière des hôpitaux militaires.

17 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, rue des Saints-Pères, 9 heures. Concours de la Médaille d'or de chirurgie et accouchement.

26 JANVIER. — *Paris.* Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours. Dernier délai d'inscription pour le concours de l'internat en médecine.

21 JANVIER. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours de chirurgien des hôpitaux.

VARIÉTÉS

À L'OCCASION DU CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DU PROFESSEUR GARRIGOU (de Toulouse) PREMIER PROFESSEUR D'HYDRO-CLIMATOLOGIE

Le dimanche 5 août 1934, la ville de Tarascon-sur-Ariège célébrait la mémoire du Dr Félix Garrigou, chimiste, hydro-géologue, préhistorien et, enfin, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse (1).

Il y avait, précisément, cent années de cela, que naissait, dans les montagnes de l'Ariège, celui qui devait illustrer une chaire dont le glorieux titulaire créerait et l'enseignement et l'outillage de son savoir encyclopédique... Ne vous étonnez donc pas si cet homme ne fut décoré de la Légion d'honneur qu'aux limites de l'extrême vieillesse : j'entends à l'âge de quatre-vingts ans...

Au moment où Garrigou allait commencer ses études de médecine à Toulouse pour les continuer et les compléter à Paris, sous la direction de ce grand chef d'École que fut Bouillaud, venait de se tenir, dans la ville de Clémence Isaure, à la date du 10 mai 1853, un congrès régional qui allait donner naissance à la première Société médicale française d'hydrologie : celle de Paris devait être la seconde.

Et le XIXe siècle allait être le grand siècle de l'Hydrologie clinique, clinique toute frémissante encore de l'enseignement de Théophile de Bordeu, dont le XVIIIe siècle avait lu les *Lettres à Mme de Sorberio*.

Lorsque le 13 juillet 1924, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Toulouse, mon éminent camarade d'internat, le professeur Serr, allait magnifier l'œuvre de Garrigou, mon ami donnait les noms de Fontan, Pidoux, Gubler, Lefort, Max Durand-Fardel (2), Filhol, Garrigou, Landouzy, Bardet, Linossier, et nous y ajouterons celui de Carron de la Carrière, bien que nous ne désirions nommer, ici, que ceux qui ont achevé leur tâche !

Comment M. Garrigou fut-il entraîné vers l'hydro-géologie ? Et le Dr Serr de nous répondre : *Garrigou fut attiré vers les sciences par l'influence de son père et celle de son oncle, inspecteur des Eaux d'Ussat ; c'est à eux qu'il dut les qualités d'observation de son esprit, son initiative de recherches, ses habitudes méthodiques. Dès son enfance, il commença à étudier la géologie et l'hydrologie dont il entendait journellement parler, dont on lui révélait les principes, les lois et les rapports. Et cela permet de penser que, souvent, les hommes que la Nature a distingués des autres par les plus fortes empreintes de l'originalité, subissent l'influence de leur milieu et des circonstances qui ont accompagné leur première éducation.*

Filhol, chimiste, hydro-géologue, régnait, alors, sur toute l'hydrologie pyrénéenne : l'Ecole de Toulouse ne jurait que par lui.

Les Barrié (de Luchon), membres correspondants de l'Académie, anciens internes des hôpitaux de Paris, avaient acquis une grande réputation. De par sa situation géographique, Toulouse la savante étendait son emprise sur Luchon, Ax-les-Thermes, Amélie-les-Bains et cette pléiade d'étoiles de second ordre qui, à la manière d'une voie lactée terrestre, s'étendait sur le Languedoc, le Nébouzan, le Comminges et jusques au Razès.

Filhol, disons-nous, régnait en maître : chimiste, il écrivait en thérapeute et en clinicien. Écoutons-le : *La composition exacte des Eaux minérales constitue un des bons moyens dont le praticien peut se servir pour s'éclairer sur leurs vertus : mais ce moyen serait insuffisant s'il était employé seul, quel que fût le degré de perfection de l'analyse des eaux.* Déjà, vingt ans plus tôt, en 1832 (il vient donc d'y avoir cent ans), Léon Marchant avait écrit : *La chimie a beau multiplier ses essais et ses subtilités analytiques, elle ne parviendra jamais à éclairer directement la thérapeutique ; les médecins suivront une fausse lumière s'ils n'embrassent pas l'observation médicale, s'ils n'adoptent pas la méthode de Bordeu.*

N'est-ce pas Chaptal qui avait professé : *Quand le chimiste analyse une eau minérale, il ne fait plus que disséquer un cadavre.*

Mais l'anatomiste, lui aussi, ne fait que disséquer un cadavre et, cependant, qui niera l'utilité de cette science fondamentale pour tout ce qui touche « à l'art de guérir ». ?

Avec amour, avec passion, avec enthousiasme, Garrigou allait s'adonner à la recherche analytique thermo-minérale.

« Dans un laboratoire coûteusement créé et entretenu à ses frais » Garrigou, plus d'un demi-siècle, allait travailler, écrire, polémiquer, car cet homme ne cessa d'être sur la brèche pour faire triompher ses idées et répondre aux attaques, bien souvent dénuées de toute aménité, qui étaient déclenchées contre ses méthodes.

Sa correspondance scientifique ne comprend pas moins, dit le professeur Serr, de *cent vingt volumes de cinq cents pages chacun.*

(1) Tarascon-sur-Ariège constitua en juin-juillet 1934 un comité d'organisation qui eut pour président notre ancien camarade d'internat, M. P. Philippe. Cette commémoration connut le beau succès qu'elle méritait.

(2) Max Durand-Fardel publia vers 1883, sauf erreur de notre part, la série de cours qu'il venait de professer à la Faculté de Paris, chaire libre qui fait honneur.

VARIÉTÉS *(Suite)*

Installé d'abord à Ax-les-Thermes, il s'établit ensuite à Luchon, vers 1869, où il exerça la médecine thermale : Garrigou allait pouvoir donner toute sa mesure.

Cependant ce grand savant y connut quelques difficultés... Mais n'est-ce pas le lot de tous ceux qui veulent travailler, sortir de l'ornière de la routine ? Le médiocre ne connaît que l'égalitarisme par en bas...

Voici donc Garrigou installé à Luchon. Chimie, physique, thérapeutique clinique : rien ne lui est étranger. Passionné d'apostolat thermal, Garrigou crée, en 1883, à Luchon (*voici donc cinquante ans*), l'École hydrologique des Pyrénées.

M. Pierre de Gorsse, directeur avisé et averti du Musée régional de Luchon, nous a communiqué un lot de documents que nous allons mettre en œuvre pour cette partie de notre communication. Que notre savant ami reçoive ici tous les remerciements de tous ceux qui croient à la nécessité de connaître l'histoire de la petite Patrie.

Dans l'enchaînement des faits qui ont conduit nos contemporains à la création, dans chacune de nos Facultés, de chaires d'enseignement d'hydroclimatologie et, parallèlement, d'Instituts de recherches rattachés à chacune de ces chaires, la date de 1883 est à retenir.

Garrigou, après avoir longuement mûri son plan, en arrêta les grandes lignes et choisit Luchon pour siège de ce premier enseignement officiel : il était à pied d'œuvre. La « matière hydrominérale, climatique » était incomparable. Les nombreux malades qui se rendaient à ses consultations lui donnaient le champ libre pour l'expérimentation clinique et, partant, thérapeutique.

De 1883 à 1897, le succès de l'École alla grandissant. Cette année-là, l'École comptait huit élèves officiellement admis auxquels s'étaient joints, au titre bénévole, de nombreux médecins de Paris et de la province : Nantes, La Rochelle, Toulouse avaient envoyé de brillants sujets.

Former une pléiade de jeunes médecins, bien au courant des choses thermales et connaissant, à fond, la thérapeutique de Luchon était, en effet, une entreprise d'intérêt général incontestable et d'un patriotisme local qui eut dû être incontesté... Aux étudiants ci-dessus vinrent bientôt se joindre des Russes, des Belges, des Anglais.

Quels maîtres et quels cours allaient suivre ces élèves ? En voici le programme bien peu connu et qu'il nous a été possible de nous procurer :

CLINIQUE MÉDICALE : *Professeur Garrigou...* Traitement des maladies chroniques par les eaux minérales. Organisme et eaux minérales. Métalloscopie. Anémie. Rhumatisme. Goutte. Syphilis. Tuberculose en général. Phtisie pulmonaire. Névroses. Maladies du cœur (*soit 28 leçons*).

CLINIQUE MÉDICALE : Chef de clinique, *Dr Racine* : Les dermatoses et les eaux minérales sulfurées de Luchon.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE : Professeur, *Dr Destarac*, de Toulouse. Electrothérapie et eaux minérales (8 *leçons*).

HYDROTHÉRAPIE ET BALNÉATION : Professeur, *Dr Racine*: Hydrothérapie proprement dite et balnéation. Historique. Technique ; affusion, lotions, bains et douches. Physiologie des applications chaudes et froides. Effets immédiats secondaires et définitifs. Effets thérapeutiques produits par l'hydrothérapie. Indications et contre-indications. Maladies traitées par l'hydrothérapie. L'hydrothérapie aux eaux minérales. Bains de boue. Inhalations, humages, pulvérisations. Cure interne : l'eau minérale en boisson (20 *leçons*).

MASSAGE : Professeur, *M. Rydstrem* : Massage et gymnastique. Leçons et exercices pratiques (18 *séances*).

TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE HYDROLOGIQUE : Chef des travaux, *M. Boulade*: Hydrotimétrie. Analyse des eaux potables. Recherche et dosage des chlorures, sulfates, silicates, azotates du fer, de l'alumine, de la chaux et de la magnésie. Acidimétrie. Analyse des urines au cours d'une cure thermale.

Un second chef de travaux, *M. Poisson*, étudiait devant ses élèves la séparation des albuminoïdes (globuline, sérine et peptone). Recherche de la bile, du pus, du sang, de la graisse dans les urines. Réactifs et réactions. *Analyse spectroscopique des eaux minérales. Méthode des flammes au bec de Bunsen...*

***

... Voici donc cinquante ans, avec une ténacité d'autant plus méritoire qu'il était de bon ton de souligner d'un sourire sceptique les travaux de « nos bons aquatiques », *que Garrigou organisait et réalisait le premier cours, complet, de l'enseignement de l'Hydrologie.*

Un détail intéressant à noter : les fonds qui permirent à Garrigou de crééer cette première école lui furent fournis par six directeurs propriétaires d'hôtels qui avaient compris la haute importance de l'initiative prise par le précurseur.

***

Pour des raisons sur lesquelles nous ne voulons pas nous étendre, l'École fondée par Garrigou n'eut pas tout le succès de durée qu'elle eût dû


l'alcalose
se traite par
le génacide
MONTAGU
49, Bd DE PORT-ROYAL
rupture d'équilibre

VARIÉTÉS *(Suite)*

connaître. Les luttes intestines et les pénibles rivalités qui foulent aux pieds l'intérêt général pour laisser, au premier plan, les intérêts particuliers, ne sont pas seulement de notre époque. Il y a bien longtemps déjà que Bardet (celui que Piéry de Lyon a si justement nommé *le gentilhomme de la Science hydro-minérale*), il y a bien longtemps, disons-nous, que Bardet stigmatisa les stériles querelles de clocher... Une fête intime réunit les amis du professeur avant son départ.

Lisons le *Luchon-Thermal* du 22 septembre 1895 :

« Avant de quitter Luchon, les élèves qui ont inauguré notre école d'hydrologie ont réuni autour d'un punch servi au café Arnative (1) les professeurs et les maîtres d'hôtels dont le dévouement et l'initiative permirent, dans notre ville, la création d'un enseignement unique en France.

« Parmi les invités, on reconnaissait : Mmes Garrigou, Trutat, Audubert, Racine, Destarac ; MM. Garrigou, Trutat, Racine, Destarac, Baqué, Pélissier, Rydstrem, Poisson. M. Bonnemaison, en raison de ses occupations municipales, M. Peyraffite (directeur de l'Hôtel de la Poste) à cause d'un deuil trop récent s'étaient excusés.

(1) Le café Arnative fut le plus célèbre de Luchon sous le second Empire. C'était le rendez-vous des « lionnes » et des « dandys ». Stéphen Liégard, le grand mémorialiste de cette époque, en a conté l'histoire. C'est là que descendit, *incognito*, l'impératrice Eugénie lorsqu'elle vint, en 1867, à Luchon, voir son fils, le petit Prince impérial qui y suivait une saison thermale.

« La série des toasts se termina par quelques paroles émues et émouvantes du promoteur de l'École de Luchon, le professeur Garrigou.

« Celui-ci a bien mérité et de la Science et de Luchon... Mais nous ne pouvons que regretter les incidents qui ont pu motiver la retraite d'un homme dont l'Hydrologie française, tout entière et sans exception, a toujours apprécié le zèle incessant et la haute valeur scientifique. »

La revanche de Garrigou ?

Un travail plus opiniâtre encore ; une lutte plus ardente encore ; la création d'un outillage d'études dont il fut, seul, à couvrir les frais onéreux.

Enfin il lui fut rendu justice et jamais l'on ne dira assez combien M. le professeur Serr eut raison, dans son magnifique discours du 13 juillet 1924, de rendre un public et solennel hommage à celui qui contribua d'une si large façon *à la rénovation chimique de l'Hydrologie, à la création de l'enseignement hydrologique en France, aux projets d'organisations thermales, à la création du syndicat des stations thermales pyrénéennes, aux découvertes qui firent faire un pas de géant à nos doctrines thérapeutiques hydro-minérales et qui constitua, enfin, un capital intellectuel singulièrement productif dont l'influence est toujours ressentie.*

Dr R. Molinéry (2), de Luchon.

(2) Novembre 1934 : Communication à la Société d'histoire de la médecine.

REVUE DES CONGRÈS

LES MÉDECINS AMIS DES VINS A BÉZIERS

Les journaux d'information ont donné les comptes rendus des diverses journées qui ont marqué le passage du Congrès des médecins amis des vins de France, à Béziers, Montpellier, Frontignan, Sète, Narbonne, Perpignan, Collioure, Port-Vendres, Banyuls. De la partie scientifique de ce Congrès, des quatre séances de travail qui ont assemblé les congressistes autour de professeurs et docteurs venus de tous les pays d'Europe et de presque toutes les villes de Facultés françaises, il y a lieu de dégager sinon des conclusions définitives, du moins des idées précises qui affirment les hautes qualités du vin. Elles sont en concordance avec ce que j'espérais ; dans l'introduction que j'ai écrite dans le numéro de *Montpellier médical* consacré aux comptes rendus du Congrès je disais : « C'est en honneur du noble travailleur de la terre que je proclame les vertus des produits du sol. C'est en eux que tient la fortune de la France. Il en est qui constituent des aliments de valeur incomparable et sur lesquels le discrédit a été jeté. Leur sous-consommation n'est justifiée par aucun argument rationnel, elle est en opposition avec les efforts et les sacrifices toujours alourdis des agriculteurs. Il s'agit du *pain* et du *vin*. Nous devons, en leur faveur, rétablir l'équilibre, l'organisme humain y gagnera, la prospérité nationale aussi. Dans ce Congrès nous sommes venus pour dire la vérité sur le vin, pour condamner les pratiques néfastes de l'intempérance, pour affirmer, dans les limites de la raison et de l'hygiène, les hautes qualités nutritives, stimulantes et thérapeutiques de cette liqueur joyeuse et sympathique qui résulte de la fermentation naturelle du jus de raisin frais. »

Les diverses études présentées au Congrès jettent sur la question du vin, en notes variées, une intéressante clarté. Nous apprenons que le vin a été en honneur sur les tables françaises dans les siècles qui nous ont précédés (Dr Grenier de Cardenal, d'Argelès-Gazost ; Dr Malachowski, de Paris).

Par sa délicatesse il perfectionne le sens de la gustation et élève l'homme au dessus des besoins immédiats de la vie (professeur Buytendijk, de Grœningen, Hollande).

Pour capter toute sa saveur et tout son bouquet il met en œuvre des phénomènes d'association sensorielle qui sont très finement décrits par le professeur Jean Calvet, de Toulouse.

Le raisin et le jus de raisin ont été l'objet de plusieurs études (Dr Garcy, de Capvern ; Dr Rouanet, de Moissac ; M. Astruc, de Nîmes).

Un important rapport du professeur Giraud (de Montpellier) et de ses élèves Dr Rivoire (de Montpellier), Dr Marc

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

(de Béziers), précise les indications des cures de raisin en association avec les cures thermales et montre tous les heureux résultats que l'on peut attendre des cures uvo-thermales, c'est-à-dire de la cure de raisin suivie pendant même que le malade est soumis à la discipline de la cure hydro-minérale.

Le Dr Weissenbach (de Paris) préconise avec une solide argumentation l'application des cures uvo-thermales au traitement du rhumatisme chronique.

Le Dr Sabatier (de Montpellier), relate les bons effets de la cure de raisin associée à la cure de diurèse à Aulus.

Quelques études de chimie œnologique nous confirment l'innocuité de l'alcool éthylique qui se trouve dans le vin, par rapport à la toxicité des autres alcools qui sont prédominants dans diverses boissons provenant de la fermentation de fruits (Flanzy, de Narbonne ; Barbet, de Paris).

Le professeur Sumuleanu (de Jasie, Roumanie), a présenté des travaux de ses élèves Botevozu et Ghimieschi sur le microdosage des éléments organiques et minéraux contenus dans le vin.

La technique vinicole s'est enrichie du procédé de collage des vins au ferrocyanure présenté par le Dr Fagouet (de Bordeaux).

Nous devons un important travail, du plus haut intérêt pratique, sur le pouvoir bactéricide du vin, à M. Kling (de Paris).

La démonstration clinique en est faite par des observations venues de bien loin et dues au Dr Kostoff (de Sofia, Bulgarie). Cet auteur, par ses résultats, m'incite à recommander aux médecins d'ordonner le vin dans le traitement des infections intestinales, et en particulier de la fièvre typhoïde.

Dans le même esprit, le Dr Barbier (de Paris), a montré les bons effets du vin chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire. Le Dr Boudreau (de Bordeaux) rapporte des résultats identiques.

Le rôle bienfaisant du vin dans l'hygiène alimentaire de l'homme sain ou de l'homme malade a été mis en évidence par le Dr Bravo (de Madrid), le Dr Bœkers (de Bruxelles), le Dr Passarini (de Béziers).

Le rôle prophylactique du vin dans la lutte contre l'alcoolisme est démontré par les constatations statistiques du Dr Samuel Maia de Lourçiro à Lisbonne et du professeur Dontas à Athènes.

La gloire de certains vins de cru a été célébrée par les communications du professeur Dontas (sur un vin de Grèce), du Dr Parcé et du Dr Pierre Sagols (sur le Banyuls), du Dr Durand (sur le Gaillac), du Dr Eylaud (sur la gamme thérapeutique des vins de Bordeaux).

La sagesse du viticulteur du Midi, se conformant aux qualités du sol et du climat, est mise en relief par l'étude du professeur Gaussen (de Toulouse), sur l'habitat de la vigne des les Pyrénées-Orientales.

Les grands malades chirurgicaux n'ont pas été oubliés, et j'ai montré les heureux effets de l'emploi du vin dans les suites opératoires, effets que les vins procurent grâce à leurs qualités : eupeptiques, toniques, antitoxiques, anticolitiques.

Les observations scientifiques de M. Memery, de Talence où l'observatoire est spécialisé dans l'étude de la physique solaire, montrent, avec une étonnante précision, les corrélations entre l'activité du soleil et la qualité des vins.

Les recherches expérimentales apportent des résultats qui rehaussent encore les vertus du vin : le Dr Caujolle (de Toulouse) montre les effets activants du vin dans la digestion gastrique.

MM. Lefèvre et Auguet (de Paris), dans une étude de bio-énergétique, trouvent dans le vin des éléments qui augmentent le rendement de la machine vivante.

Avec le professeur Soula (de Toulouse) et son assistant le Dr Baïsset, apparaît le rôle du vin dans le maintien de l'équilibre glycémique au cours des efforts exigés par le travail ou par les exercices sportifs.

M. Médaille (de Montpellier), a présenté le résultat de ses nombreuses et patientes recherches sur la radio-activité des vins et des jus de raisins frais, il étudie les causes et les variations de cette radio-activité. Ce sont là des qualités physiques dont le médecin tirera parti dans la thérapeutique et qui renseignent déjà sur le biodynamisme du vin. A propos de cette communication, le Dr Cuvier (de Bordeaux) a exposé les procédés qui l'ont conduit, le premier, à l'appréciation de la radio-activité des vins.

Mme Randoin (de Paris), nous a fait un exposé très détaillé de ses recherches sur les vitamines du vin et du raisin ; elle a mis en évidence les vitamines *C* (antiscorbutique), *B 1* (antinévritique) et surtout *B 2* (d'utilisation nutritive).

Le professeur Baglioni, le savant physiologiste de Rome, travaillant de son côté, a tiré de ses recherches les mêmes conclusions, et elles nous ont été présentées par son assistant le Dr Seriann.

Les vitamines *B 2* ont particulièrement retenu mon attention et m'ont permis de tirer quelques déductions. J'y insiste à nouveau ici, les vitamines *B 2* rendent l'emploi du jus de raisin frais (non altéré par des procédés de conservation) tout à fait précieux et rationnel dans l'alimentation du nourrisson. Cela montre l'importance qu'il faut accorder aux idées exposées par le Dr Rouanet (de Moissac), et à sa proposition de donner systématiquement du jus de raisin frais à l'enfant pendant la période de l'allaitement. Comme j'ai appliqué, avec succès, ce procédé à mon petit-fils, je puis en vanter les bons effets.

Dans le domaine de la diététique et de la thérapeutique infantile, nous avons à retenir les communications du Dr Lignières (de Béziers) et du Dr Loubet (de Toulouse), en collaboration avec Mme le Dr Sol. Ces auteurs confirment le précepte que j'ai déjà émis au Congrès de Bordeaux (1933) : *il faut donner du vin à l'enfant.*

Enfin c'est chez le vieillard que le vin, avec le Dr Graeff, de Stuttgart (Allemagne), apporte ses effets stimulants et pousse l'homme à devenir centenaire.

Voilà un ensemble de travaux sérieux, menés sans idée préconçue, établis en toute sincérité, qui démontrent bien les hautes qualités du vin. Je souhaite que les médecins, maintenant bien renseignés, sachent en faire bénéficier leurs malades et leurs amis. Ainsi que le j'ai dit au cours du Congrès, « il y a des crises économiques que le médecin peut guérir ». J'espère que tous les médecins écouteront les proclamations des amis du vin.

Qu'il me soit permis de remercier ceux qui ont tant fait pour assurer le succès de ce Congrès :


la seconde maman
D'abord le lait maternel
et ensuite
la Blédine
JACQUEMAIRE
farine spécialement préparée
pour les enfants en bas âge.
facilite la digestion du lait,
complète sa valeur nutritive,
favorise la croissance,
prépare le sevrage.
Demandez échantillons aux
Etabl^ts JACQUEMAIRE
Villefranche (Rhône)


Blécao Déjeuner
de régime
instantané
ALIMENT COMPLET
léger,
reconstituant,
le
Blécao
(à base de Blédine)
vous rendra service
chez tous vos malades
atteints de la dyspepsie
des gens pressés
des nerveux
des surmenés

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Le Dr Lignières et Mme Lignières (de Béziers) ;

Mes amis de l'Association de propagande pour le vin, MM. Nougaret, Thomas, Boujol (de Béziers) ;

Les maîtres éminents qui ont accepté de venir présider nos séances de travail : le professeur Barbier, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; le professeur Paul Delmas, de Montpellier ; le professeur, Portmann, sénateur de la Gironde,

Et le président de la séance de clôture, M. Albert Laurent, inspecteur général de l'agriculture, représentant M. le docteur Queille, ministre, éloigné de nous par le deuil national.

Le Président du Congrès :

Dr Léon Dieulafé.

CONGRÈS D'UROLOGIE

Les orchi-épididymites en dehors de la tuberculose et de la syphilis

Par le professeur E. CHAUVIN, de Marseille

L'auteur a éliminé tout d'abord les épididymites médicales, complications des diverses pyrexies définies telles que les oreillons, la grippe, etc.

Il n'a pas cru non plus devoir reprendre l'étude des orchi-épididymites gonococciques. Cependant il en est des formes anormales qui sont encore mal connues et qui peuvent créer de véritables difficultés diagnostiques. Il les a étudiées avec quelques détails et il a fait un bref exposé des épididymites blennorragiques chroniques et suppurées.

C'est en effet surtout au point de vue diagnostic que paraît intéressante la question posée. Et ce diagnostic s'est singulièrement compliqué au cours de ces dernières années. D'une part, les cliniciens se sont aperçus que bien des épididymites aiguës apparaissaient chez des sujets indemnes de toute contamination vénérienne ; d'autre part, les histologistes ont été frappés, en examinant des épididymes enlevés avec le diagnostic de tuberculose, par l'absence fréquente de lésions spécifiques ; ils ont affirmé l'existence fréquente d'épididymites inflammatoires prises par les cliniciens pour des tuberculoses génitales.

Il existerait donc entre les épididymites aiguës gonococciques et les épididymites chroniques tuberculeuses tout un groupe d'affections inflammatoires à peu près ignorées jusqu'à ces dernières années et dont l'importance et la fréquence s'avèrent chaque jour plus grandes. On a pris l'habitude de les désigner sous le nom d'épididymites non spécifiques. Ces diverses formes que l'on n'a plus aujourd'hui le droit d'ignorer viennent compliquer singulièrement le diagnostic des lésions génitales. Il en faut isoler, pour les étudier à part, les épididymites mycosiques.

Orchi-épididymites blennorragiques.— Les formes

rares et anormales d'épididymites blennorragiques qui peuvent provoquer des erreurs de diagnostic sont d'une part les formes chroniques et d'autre part les formes suppurées.

Les formes suppurées sont les plus fréquentes et partant mieux connues.

Au point de vue de leur aspect clinique, on peut les ranger en trois variétés principales et distinguer : 1° une forme fibreuse ou enkystée dans laquelle un foyer de suppuration minime, étouffé dans un volumineux nodule fibreux réactionnel, passe inaperçu ordinairement ; 2° une forme aiguë dans laquelle une suppuration cliniquement manifeste se développe aux dépens de l'épididyme, plus rarement du testicule, de la vaginale ou même du cordon et qui peut présenter une évolution gangreneuse ; 3° une forme subaiguë ou chronique dont les collections froides simulent la tuberculose.

Dans ce dernier cas le diagnostic avec les lésions bacillaires est extrêmement délicat, souvent même impossible, d'autant plus qu'il peut y avoir association des deux processus, le gonocoque faisant le lit de la tuberculose.

Epididymites mycosiques. — On n'en connaît en tout que 14 cas chez l'homme. Encore, sur ces 14 cas, 3 seulement concernent-ils des atteintes génitales primitives. Tout au plus doit-on savoir qu'une minime partie des lésions attribuées à la tuberculose peut être en réalité provoquée par des agents cryptogamiques divers, le plus souvent par le sporotrichum.

Orchi-épididymites non spécifiques. — On doit désigner en général sous le nom d'orchi-épididymites non spécifiques les orchi-épididymites qui ne sont dues ni au gonocoque, ni au bacille de Koch, ni au tréponème, ni en général au germe d'aucune affection spécifique. Il faut isoler encore de ce groupe les propagations à la glande génitale de toutes les infections voisines et en particulier des infections urinaires chroniques ; c'est du moins ce qu'ont fait implicitement la plupart des auteurs. Une des principales caractéristiques de ces affections, caractéristique qui en rend le diagnostic particulièrement délicat et qui leur confère la plus grosse part de leur intérêt, est en effet d'être cliniquement primitives.

Étiologie. — La notion qui domine actuellement leur étiologie est celle de leur extrême fréquence. Suivant les statistiques en effet, 12 à 40 p. 100 des épididymites extirpées avec le diagnostic de tuberculose seraient des atteintes non spécifiques.

On les observe de préférence à l'âge moyen de la vie, pendant la période de pleine activité génitale ; on peut en rencontrer cependant chez l'enfant et le nourrisson comme chez les vieillards au-dessus de soixante-dix ans. Elles peuvent siéger sur l'un ou l'autre côté avec une légère préférence pour le côté droit. Elles seraient bilatérales dans un quart des cas environ.

Il est évident que le traumatisme joue un rôle dans leur production, mais l'importance de ce facteur prédis-

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

posant est très diversement appréciée par les auteurs. Certains ne prennent en considération que les traumatismes importants et à action strictement locale ; d'autres croient pouvoir incriminer des traumatismes même minimes comme les longues marches ou les efforts répétés. Ce rôle du traumatisme s'exercerait soit par mécanisme de l'hématome infecté, soit par la création d'un foyer de moindre résistance, soit simplement par les troubles circulatoires qu'il provoquerait.

On devrait alors rapprocher du traumatisme comme facteur prédisposant les interventions qui intéressent le cordon, comme les cures radicales de hernie (Mandl, Dittrich).

Quelques auteurs considèrent les blennorragies antérieures comme un facteur étiologique important. Il paraît y avoir ici une erreur d'interprétation : il ne faut pas confondre avec les épididymites non spécifiques les orchi-épididymites observées au cours de la blennorragie et qui évidemment sont en relation fatale avec cette dernière. L'épididymite non spécifique peut apparaître en l'absence de tous antécédents vénériens, et la plupart de ceux qui se sont intéressés à la question ont précisément éliminé de leurs statistiques les sujets à passé suspect, ne conservant que les malades dont l'urètre était absolument vierge de toute contamination vénérienne.

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique, deux questions essentielles se posent : Quel est l'agent de ces infections et par quelle voie accède-t-il à l'épididyme ?

Il semble que tous les microbes puissent se localiser sur la glande génitale et y produire des lésions inflammatoires. Les plus fréquemment observés sont le colibacille et le staphylocoque, avec une légère prédominance pour le premier. Viennent ensuite, et loin derrière eux, les cocci divers, le pneumobacille, l'entérocoque, le pneumocoque, le streptocoque, le protéus et le pseudodiphtérique.

Ces agents divers, à part quelques cas douteux de contamination génitale par le colibacille, sont issus de foyers organiques lointains, intestinaux, cutanés, pharyngés ou pulmonaires, et parmi leurs voies d'accès vers l'épididyme deux surtout sont importantes : la voie sanguine et la voie urinaire descendante.

Il semble que le plus souvent le microbe soit amené par une bactériurie plus ou moins durable et manifeste au carrefour uro-génital. La localisation de l'infection se ferait primitivement sur la prostate et les vésicules séminales, sans qu'il s'agisse d'une règle absolue.

De ce relais qui n'est d'ailleurs pas indispensable, ou, en son absence, de l'urètre prostatique, comment l'infection progresse-t-elle jusqu'à l'épididyme ? De proche en proche par voie canaliculaire, c'est vraisemblable lorsqu'on constate une déférentite progressive. Par voie lymphatique funiculaire, c'est possible également dans le cas où existe une funiculite diffuse. Bien souvent toute lésion intermédiaire fait défaut et, si l'on ne veut pas accuser un transport septicémique, il faut admettre un transport mécanique à travers la lumière du conduit sans

(Suite à la page VIII.)

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

lésions de ses parois. Pour certains (Oppeuhcim, Löw, Schindler) des contractions antipéristaltiques feraient progresser l'infection à contre-courant ;. la chose n'est nullement démontrée pour d'autres, ce transport se ferait par simple reflux liquide mécanique : des observations de Wintcler Mation, Perrucci en démontrent la possibilité.

Symptomatologie. — Les orchi-épididymites non spécifiques se présentent avec des symptômes fort comparables à ceux des autres orchi-épididymites.

Leur apparition est fréquemment précédée par des signes plus ou moins évidents qui constituent de véritables prodromes. Tantôt il s'agit d'un état fébrile qui peut simuler la grippe ou la typhoïde et qui paraît correspondre à la période d'invasion septicémique ; tantôt le malade accuse des troubles urinaires divers qui correspondent à la localisation cervico-vésicale des germes éliminés par bactériurie.

Le début est le plus souvent aigu. En interrogeant attentivement les malades, on peut ordinairement retrouver, même dans les formes chroniques, cette phase initiale marquée par des douleurs locales et même par quelques phénomènes fébriles. Il est cependant des formes essentiellement torpides qui évoluent d'emblée sans signes fonctionnels.

L'affection une fois installée se manifeste par trois ordres de symptômes : troubles fonctionnels, signes physiques et atteinte inconstante de l'état général, qui sont absolument comparables à ceux des diverses autres épididymites. Il est inutile de s'étendre à leur sujet. Il est surtout intéressant de voir comment se groupent ces divers symptômes pour constituer des formes cliniques.

Formes cliniques. Formes évolutives. — On peut, au point de vue de leur évolution et de l'acuité de leurs symptômes, décrire aux orchi-épididymites non spécifiques cinq formes cliniques.

Les formes aiguës ont un début fébrile avec douleurs vives et constitution rapide d'une tuméfaction épididymaire qui envahit ordinairement la totalité de l'organe. Cette période d'invasion aiguë n'est ordinairement qu'une flambée et rapidement, en six à quinze jours, quelquefois beaucoup moins, quelquefois plus, la température tombe, les douleurs se calment tandis que la tuméfaction diminue pour ne laisser subsister qu'un noyau fibreux indolore mais parfois tenace.

D'autres fois la fièvre tombe, les douleurs s'atténuent, mais la tuméfaction persiste, légèrement sensible à la pression, et l'on passe ainsi à la forme subaiguë.

Cette dernière, en effet, peut débuter suivant les cas soit avec de la fièvre et des douleurs vives comme la forme précédente, soit d'une façon d'emblée sournoise avec des symptômes plus atténués. On peut cependant presque toujours, comme je l'ai dit plus haut, retrouver par un interrogatoire soigneux des symptômes initiaux de quelque acuité. La durée ici est plus longue, mais, après un temps variable qui peut aller de quelques semaines à quelques mois, l'évolution finit par se faire spontanément vers la guérison.

Dans les formes chroniques, qui peuvent être chroniques d'emblée ou succéder à une période d'invasion aiguë, plus de fièvre, presque plus de douleurs, une simple tuméfaction épididymaire légèrement sensible d'ordinaire à la pression. Ces formes peuvent évoluer vers une guérison rapide, car pour les lésions qui nous occupent la durée d'évolution n'est nullement liée à l'acuité des symptômes. Ordinairement elles persistent pendant un temps plus ou moins long et peuvent même s'éterniser sans aucune tendance à la guérison.

Toutes ces épididymites, aiguës ou chroniques, peuvent s'abcéder, constituant les formes suppurées.

Une des caractéristiques des orchi-épididymites non spécifiques est leur tendance aux récidives. On observe ces dernières dans 22 p. 100 des cas en général et les récidives, parfois multiples, peuvent se produire soit sur le même testicule, soit sur le testicule opposé, donnant naissance suivant les cas aux formes à bascule ou aux formes récidivantes proprement dites.

Formes microbiennes. — On peut aussi donner des orchi-épididymites non spécifiques une description d'ensemble, mais il est certain que les divers agents pathogènes communiquent aux lésions qu'ils provoquent des caractères quelque peu différents.

Les formes colibacillaires paraissent être encore aujourd'hui, et quoi qu'on en ait dit, les plus fréquentes. Peut-être parce que l'on range à tort avec elles un certain nombre d'orchites des urinaires. On les observe à un âge un peu plus avancé que les autres formes ; elles succèdent parfois, mais de façon très inconstante, à des troubles intestinaux divers ; elles sont souvent précédées par des poussées fébriles ou par des troubles urinaires qui révèlent la bactériémie ou la bactériurie causale. Elles fournissent le plus grand nombre des formes aiguës et c'est chez elles que l'on observe les récidives les plus fréquentes et les plus répétées.

Les formes staphylococciques viennent immédiatement comme fréquence après les colibacillaires qu'elles suivent de près. Elles surviennent fréquemment après des infections cutanées ou phlegmoneuses diverses, elles atteignent des malades plus jeunes ; à l'inverse des formes colibacillaires, elles affectent le plus souvent une allure chronique, elles ont moins de tendance aux récidives. Succédant plus rarement à des prodromes fébriles ou urologiques, elles présentent une physionomie nettement différente.

Les épididymites dues aux autres agents bactériens sont trop peu nombreuses pour que l'on puisse essayer d'en tracer pour chacun d'eux la physionomie propre.

Plus intéressantes à cause des discussions pathogéniques auxquelles elles ont donné lieu sont les épididymites amicrobiennes. Chez certains malades, en effet, il est impossible de découvrir un agent bactérien quelconque tant dans le pus des abcès que dans les fragments de lésions extirpés ou dans le liquide d'hydrocèle. Les sécrétions prostatiques, les urines même demeurent stériles. A quelle pathogénie correspondent ces formes ?

Pour certains et en particulier pour Wildboltz, elles seraient de nature tuberculeuse, malgré l'absence vérifiée de lésions spécifiques, et devraient rentrer dans le cadre de la tuberculose inflammatoire.

D'autres fois on peut se trouver en présence de lésions à bactéries filtrantes telles que orchites ourliennes

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

sans oreillons, ou épididymites grippales sans grippe.

Dans le groupe des épididymites amicrobiennes doivent entrer également les épididymites érotiques, et certaines atteintes rarissimes observées à la suite des injections de sérum et associées à d'autres manifestations anaphylactiques.

Mais il paraît certain que la plupart de ces dernières correspondant à des formes primitivement microbiennes qui ont subi un processus d'autostérilisation spontanée. Dues primitivement à un microbe pyogène quelconque et variable suivant les cas, elles constituent un groupe hétérogène qui ne paraît avoir cliniquement aucune individualité.

Formes étiologiques. — Au point de vue de leur mécanisme étiologique, on peut enfin distinguer trois variétés intéressantes d'épididymites et décrire les orchi-épididymites des urinaires, les orchi-épididymites traumatiques et les complications épididymaires des urétrites non gononocciques. Toutes trois sortent en réalité quelque peu du cadre des orchi-épididymites non spécifiques.

Les orchites au cours des vraies urétrites non gonococciques paraissent vraiment exceptionnelles. Bien souvent on se trouve en présence d'écoulements légers qui sont sous la dépendance, au même titre que l'épididymite elle-même, d'une prostatite méconnue. En cas d'échauffement vrai, l'épididymite n'offre aucun caractère bien particulier.

Les orchi-épididymites des urinaires sont connues depuis longtemps, mais on semble s'être intéressé surtout aux cas qui surviennent à la suite du cathétérisme ou des diverses manœuvres urétrales. On connaît beaucoup moins les orchites qui surviennent chez les vieux urinaires infectés indépendamment de toute manœuvre locale. L'atteinte plus fréquente et plus grave du testicule, la tendance à la nécrose, une allure plus torpide en sont les principales caractéristiques. Secondaires à une infection urinaire évidente, elles sont de diagnostic ordinairement facile et ne présentent par conséquent aucun intérêt spécial.

Les orchites traumatiques enfin, dont l'existence est âprement défendue par certains, sont tout aussi âprement niées par certains autres. Il semble cependant que dans cette discussion il soit assez facile de s'entendre: Tantôt on se trouve en présence d'un syndrome clinique d'orchite qui correspond à des lésions purement traumatiques telles que ecchymoses, volvulus, etc., et l'on ne saurait parler d'orchite proprement dite. Tantôt il s'agit d'orchites vraies, c'est-à-dire de lésions inflammatoires, et alors le traumatisme ne saurait être considéré comme seul responsable de leur production. Il existe des contusions et des volvulus traumatiques ; il existe des orchi-épididymites vraies développées après un traumatisme, mais il ne saurait exister de véritable orchite purement traumatique.

Pronostic. — Ces lésions orchi-épididymaires sont ordinairement sans danger *quoad vitam*. Elles peuvent cependant nécessiter des interventions chirurgicales par leur abcédation, leur ténacité ou leur tendance aux récidives. Elles entraînent la stérilité du sujet lorsqu'elles sont bilatérales, soit par obstruction des canaux épididymaires, soit par fonte purulente du testicule, soit par simple atrophie de l'organe.

Diagnostic. — Il constitue assurément, dans le diagnostic des épididymites non spécifiques, le chapitre le plus intéressant. Il pose en réalité deux grands problèmes : pour les formes aiguës, éliminer la gonococcie, et pour les formes chroniques, éliminer la tuberculose.

Le diagnostic de l'épididymite blennorragique ne peut se faire que par la notion d'une urétrite gonococcique antérieure. Il demeure d'ailleurs quelque peu théorique puisque nous savons, depuis les beaux travaux de Lavenant, que même au cours de la blennorragie la plus franche, l'épididymite peut être due à des pyogènes associés et divers. On doit considérer comme blennorragique toute atteinte épididymo-testiculaire observée au décours ou même dans les suites lointaines d'une blennorragie, pour peu que subsistent les moindres signes urétraux.

Le diagnostic des formes chroniques avec la tuberculose est beaucoup plus important et beaucoup plus malaisé. Il a été longtemps présenté comme impossible; il semble actuellement qu'il n'en soit plus ainsi. Un clinicien averti doit pouvoir sinon l'affirmer, du moins le soupçonner dans la plupart des cas. Il se basera sur les considérations suivantes :

L'existence, suivant les cas, d'antécédents intestinaux ou cutanés et l'absence d'antécédents bacillaires ;

Les prodromes fébriles ou les signes prémonitoires de cystite qui font ordinairement défaut dans la tuberculose ;

Le début aigu, rare dans la tuberculose et qui est au contraire presque la règle dans les lésions inflammatoires ;

Le siège des lésions avec atteinte plus fréquemment totale de l'organe ou, en cas de localisation, siège indifféremment cervical ou caudal ; la tuberculose siège de préférence au niveau de la queue ;

La forme ordinairement lisse et régulière des épididymes malades et du déférent avec l'absence des noyaux caractéristiques ;

Sur l'inconstance des lésions déférentielles ou sur l'existence d'une funiculite inflammatoire diffuse ;

Sur l'existence d'une prostato-vésiculite banale ;

Sur la coexistence possible d'une urétrite plus abondante que la blennorrhée tuberculeuse de Ricord ;

Sur la sensibilité plus grande et plus longtemps persistante des lésions, qui se constituent d'ailleurs plus vite en général que dans la tuberculose.

Evidemment chacun de ces caractères distinctifs peut être pris en défaut ; il est des formes d'emblée torpides avec déférentite nodulaire et lésions à peine sensibles à la palpation qui simulent absolument la tuberculose. En pareil cas, l'évolution encore pourra nous guider. Si l'on ne se presse pas trop d'opérer les tuberculoses génitales, on sera surpris de la fréquence avec laquelle on verra les lésions régresser en quelques semaines pour aboutir à des guérisons inespérées.

En cas de doute, la recherche de l'agent causal dans le pus des abcès ou dans le liquide d'hydrocèle, dans le suc prostatique ou même dans les urines nous fournira des précisions extrêmement utiles.

REVUE DES CONGRÈS *(Suite)*

Il est malheureusement, nous l'avons vu, des formes désespérément chroniques et amicrobiennes que seul peut identifier l'examen histologique des lésions. On sera conduit en pareil cas à une épididymectomie qu'il ne faudra point trop regretter.

Traitement. — Le traitement, en effet, doit être autant que possible conservateur, et je ne m'étendrai pas sur la thérapeutique médicale, qui est ici la même que pour les diverses épididymites en général. Je signalerai simplement la faveur dont paraissent jouir aujourd'hui les divers traitements humoraux, vaccinothérapiques ou sérothérapiques. Je n'en ai personnellement jamais obtenu grand'chose. J'insisterai par contre sur la nécessité, si l'on veut éviter les récidives, de traiter les foyers résiduels prostatiques et surtout le point de départ intestinal ou cutané.

Le traitement chirurgical est dicté par les circonstances. Il faut ouvrir les collections suppurées. Les atteintes chroniques sont justiciables de l'épididymectomie. En cas de récidives multiples, on peut être conduit à pratiquer la ligature des déférents ou le lavage des vésicules.

LOUIS MICHON.

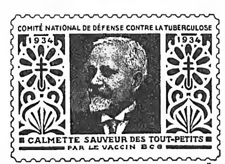
ÉCHOS

LE TIMBRE ALBERT CALMETTE (1934)

Albert Calmette, sauveur des tout-petits ! C'est sous l'égide de ce nom, dont la gloire rayonne dans le monde entier, que vient de s'ouvrir la huitième campagne du Timbre antituberculeux.

Ce timbre symbolique rappellera, à tous ceux qui lui doivent et lui devront la santé et la vie, le savant génial, honneur de notre pays, que ses découvertes et créations admirables mettent au rang des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

Il fera revivre le souvenir des longs efforts



poursuivis contre la tuberculose, par celui qui, avec C. Guérin, a obtenu le BCG, le BCG sauveur des petits enfants, conquête magnifique acquise au prix de minutieuses et patientes recherches, dont les résultats, déjà merveilleux, permettent d'entrevoir, dans un avenir qui est peut-être proche, une éclatante confirmation des espoirs fondés sur ce vaccin pour réduire, enfin, les ravages de la plus dévastatrice des maladies.

Quelle plus belle figure pouvait être choisie, pour assurer le succès du timbre antituberculeux de 1934 ?

Choisir, en effet, l'effigie du professeur Calmette n'est pas seulement un juste hommage rendu à la mémoire de ce maître illustre, c'est, en son nom et par lui, faire un éloquent appel à tous ceux dont le concours bénévole est annuellement sollicité, par le Comité national de défense contre la tuberculose, pour venir en aide aux organisations départementales françaises, qui ont besoin d'un complément de ressources dans la lutte persévérante qu'elles poursuivent contre le plus meurtrier des fléaux sociaux.

Personne ne voudra rester indifférent à cet appel, que le professeur Calmette ne manquait pas de faire au début de chaque campagne annuelle et qu'il aurait renouvelé, lui-même, cette année comme toujours, si la mort ne nous l'avait pas ravi.

Pour mieux être entendu, nous le ferons parler encore, en détachant d'un de ses appels en faveur des campagnes du timbre, les passages où, avec sa haute autorité et tout son cœur, il sollicitait les concours les plus actifs pour rendre plus puissantes et plus efficace nos défenses contre la tuberculose.

De cet article, ce sera, croyons-nous, la plus touchante des conclusions :

« Pour triompher de la tuberculose, nous avons besoin du concours de toutes les bonnes volontés, de toutes les puissances intellectuelles et morales de notre pays. Ce concours, nous le demandons, sûrs qu'il nous sera donné de tout cœur et généreusement.

« Que chacun de ceux qui nous lisent considère qu'il est de son devoir strict, devoir social et devoir de conscience, d'apporter à la campagne du timbre antituberculeux sa participation la plus active. »

Dr L. GUINARD,
Vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose.

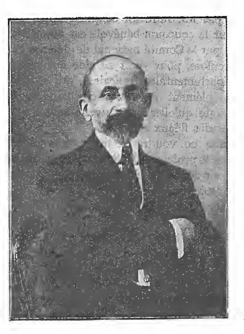
NÉCROLOGIE

LUCIEN CAMUS (1867-1934)

Un grand deuil vient d'attrister le monde des chercheurs et des savants. Lucien Camus est mort, emporté brusquement par un mal dont il connaissait toute la gravité mais pour lequel il n'avait rien voulu sacrifier de son dévouement à sa tâche et de son inlassable activité.

Avec lui disparaît une belle figure de la biologie contemporaine, un homme de science dans toute l'acception du terme, un savant doublé d'un homme de cœur, d'une grande noblesse de caractère et d'un désintéressement absolu.

C'est dans la petite ville de Nemours, en bordure de la forêt de Fontainebleau, que naquit en 1867 Lucien Camus. Son enfance fut pour lui l'occasion de premiers succès tant à l'école Bezout de Nemours



Le Dr Lucien Camus.

qu'au collège Saint-François de Sales à Gien. A quinze ans, il a la douleur de perdre son père et le voici qui, aux côtés de sa mère, prend vaillamment la direction de la famille, jaloux au milieu de ses propres études de guider celles de ses frères de cinq et dix ans plus jeunes que lui.

Son ambition première avait été de s'installer médecin dans sa petite ville natale, et c'est dans cette intention qu'il commença à Paris ses études médicales. Mais son goût pour la recherche, sa passion pour les problèmes d'ordre scientifique devaient bientôt l'orienter dans une direction toute différente. Licencié en Sorbonne, préparateur de Germain Sée à l'Hôtel-Dieu, il se lie d'amitié avec Gley, entre au laboratoire du professeur Richet et le voici maintenant physiologiste. Ceux de ma génération ont suivi ses conférences aux travaux pratiques et admiré ses belles qualités d'enseigneur, mais il était déjà connu par d'importantes recherches sur la circulation lymphatique, sur le cœur isolé, sur les ferments digestifs. Sa collaboration avec Gley et avec Nicloux fut particulièrement féconde ; on lui doit de belles acquisitions sur les ichtyotoxines, sur la coagulation du sang, sur le chlorure d'éthyle, sur les anesthésiques.

Mais si la science pure procure à ceux qui la servent les plus douces satisfactions, elle se montre par contre quelque peu négligente lorsqu'il s'agit de questions d'ordre matériel. Lucien Camus n'était pas clientéliste, non qu'il ne sût reconnaître à l'art médical son intérêt scientifique et sa noblesse, mais ses travaux de laboratoire l'absorbaient tout entier. Il avait reporté ses consultations à midi, à l'heure du déjeuner, le seul moment où l'on avait quelque chance de le trouver chez lui, et les plus fidèles durent renoncer à poursuivre dans sa retraite le savant insaisissable.

En 1906, sur la proposition de Bouchard, L. Camus fut appelé par l'Académie de médecine au poste de chef technique, puis de directeur de l'Institut supérieur de vaccine.

Ses nouvelles fonctions devinrent pour lui un véritable sacerdoce. Préparé par les belles recherches qu'il avait faites avec Gley sur l'immunité antitoxique, il s'attaque au problème complexe de l'immunité vaccinale. Il précise dans cette dernière la part du facteur tissulaire et du facteur humoral. Il étudie chez les animaux vaccinés le pouvoir virulicide du sérum mis en évidence par Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard et montre la possibilité mais aussi la difficulté d'obtenir à l'aide de ce sérum une immunité passive à l'égard de la vaccine.

Entre temps, avec Teissier, Tanon et Duvoir, il avait définitivement tranché la question si discutée du variolo-vaccin. En expérimentateur averti, il avait saisi comme Chauveau toute la fragilité des soi-disant transmissions de la variole à la génisse lorsque les inoculations sont faites dans un Institut de vaccine animale. Par des expériences rigoureuses de contrôle, il démontra la fréquence dans ces dernières conditions des infections vaccinales accidentelles, tandis qu'au contraire, la génisse reste indemne après l'inoculation de la variole si elle est maintenue sur place, dans l'enceinte même de l'hôpital.

Il faudrait citer encore ici les belles recherches de L. Camus sur la vaccine généralisée, sur le contrôle d'activité des pulpes vaccinales, sur le vaccin sec, sur la technique en apparence si simple de la vaccination.

Dans tous ses travaux, Lucien Camus faisait preuve d'une discipline scientifique aujourd'hui peu commune. Technicien dans l'âme, il s'enthousiasmait pour un bel appareil, pour une méthode élégante et précise. Son laboratoire est encore plein de dispositifs aussi pratiques qu'ingénieux qu'il avait imaginés et souvent construits lui-même et qu'il ne cessait de perfectionner. Dans la conduite des expériences, dans l'interprétation de leurs résultats, il ne se départissait jamais d'une rigueur extrême, d'un désir incessant de vérification et de contrôle,

NÉCROLOGIE *(Suite)*

d'un sens critique allant parfois presque jusqu'à l'inquiétude.

Son esprit d'organisation n'était pas moins remarquable : on le vit durant la guerre, et c'est pour une part à la vigilance de Lucien Camus que les armées alliées durent d'être épargnées par la variole dont le souvenir des épidémies anciennes pesait sur elles comme une menace.

L'Académie de médecine, rendant hommage au savant comme à l'organisateur, l'avait élu membre dès 1919.

Et tant de qualités d'ordre scientifique ne parvenaient pas chez Lucien Camus à surpasser celles de son caractère. Il avait pour ses élèves une attention sans bornes, un dévouement si spontané et si naturel qu'on ne pouvait douter un seul instant qu'il ne considérât tout son service autrement que comme une véritable extension de sa propre famille.

Dans ces dernières années, un deuil intime, la mort de sa femme, l'avait complètement bouleversé. Il lui fallut toute son ardeur au travail, tout son attachement à ses aborbantes occupations pour reprendre courage et panser sa blessure.

Il y a quatre ans, malgré sa santé déjà chancelante, il n'hésita pas à accepter la lourde charge supplémentaire du contrôle des médicaments antisyphilitiques.

C'était s'interdire désormais tout ménagement et tout repos. La maladie en profita pour accomplir son ultime progrès.

Quelques jours avant sa mort, malgré de significatifs avertissements, rien n'avait pu convaincre Lucien Camus à observer chez lui le repos nécessaire. Il faillit succomber à l'Académie même, en pleine séance de commission, et c'est quarante-huit heures plus tard qu'une syncope amena dans la nuit le triste dénouement.

La simplicité des obsèques du disparu fut comme un dernier symbole de celle de toute sa vie.

Accompagné dans sa ville natale par sa seule famille, quelques élèves et quelques intimes, il repose maintenant dans le petit cimetière de Nemours, à quelques mètres de son frère Jean, un autre savant lui aussi, prématurément disparu.

Pour les siens, quel sentiment de légitime fierté, quel droit à l'universel hommage de douloureuse sympathie !

Pour tous quel exemple d'infatigable labeur, quelle leçon de modestie, de désintéressement, d'abnégation scientifique !

HENRI BÉNARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1934.

Ostéogenèse. — M. Y. DELAGENIÈRE rapporte plusieurs cas d'ossifications au niveau de cicatrices de laparotomie sus-ombilicale et discute le rôle des ostéoblastes.

Septicémies chirurgicales. — M. MÉTIVET rappelle l'existence de septicémies survenant à la suite d'interventions chirurgicales sur un foyer septique.

Tumeurs osseuses. — M. SORREL montre de belles radiographies de diverses tumeurs osseuses, et montre que les tumeurs à myéloplaxes peuvent donner des images voisines de celles des tumeurs malignes.

Fractures du calcanéum. — M. LAFFITTE (de Niort) a opéré trois cas de fractures du calcanéum. Il insiste sur la nécessité de bien remettre en place le thalamus, d'épargner la semelle plantaire, et de bourrer la cavité de gros copeaux pris sur le tibia.

M. SORREL insiste également sur le volume de la cavité calcanéenne à combler.

Cancer. — M. DE MARTEL expose ses idées générales sur le cancer.

Tétanie infantile. — M. BRAINE rapporte un travail de M. Jung qui a traité un cas de tétanie infantile par une sympathectomie cervicale, en réséquant la chaîne entre les deux ganglions supérieur et inférieur. La guérison fut obtenue.

Glissement du sacrum en avant. — M. MOUCHET présente les radiographies d'un malade qui présente le glissement inverse des spondylolisthésis.

Infarctus tubo-utérin. — M. MOURE présente cette pièce.

Appareil. — M. MERLE D'AUBIGNÉ présente un appareil qui facilite, dans les fractures du col du fémur, l'introduction de la broche de Kirschner et du clou de Smith-Peterson.

HENRI REDON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre 1934.

Réaction d'opacification dans le sérum d'homme sensibilisé mis en contact avec l'extrait sensibilisant. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO montrent qu'il peut exister une réaction d'opacification quand on met le sérum d'un homme en état d'hypersensibilité en contact avec l'antigène correspondant. Cette réaction a été étudiée de façon précise à l'aide du photomètre de Pullfrich. Les auteurs concluent que : 1° l'apparition de cette opacification n'est pas un test de sensibilisation ; 2° le pouvoir opacifiant d'un sérum vis-à-vis d'un antigène quelconque n'est pas un caractère spécial, appartenant aux seuls sérums d'individus hypersensibles.

Influence de l'hyperthermie et de l'hypothermie provoquées sur le choc anaphylactique et sur la sensibilisation du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO, revenant sur des expériences faites antérieurement, montrent, à la lumière d'expériences nouvelles, que l'injection déclenchante, pratiquée sous le couvert d'une variation thermique, chez le lapin sensibilisé, ne désensibilise pas l'animal, mais le protège d'une façon temporaire, comme s'il avait fait un choc anaphylactique apparent.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Comparaison entre les agglutinines actives vis-à-vis du B. coli chez les malades atteints de pyélonéphrite colibacillaire et chez les sujets indemnes de toute atteinte colibacillaire. — MM. R. Kourilsky et Ong Sian Gwan ont constaté que :

1° La présence d'agglutinines très actives vis-à-vis des souches étrangères de colibacille est un fait assez répandu en pathologie, en dehors de toute infection colibacillaire active.

2° Les taux d'agglutination sont spécialement élevés chez les malades atteints d'affections hépatiques.

3° La sensibilité cutanée au filtrat de colibacille varie en sens inverse des taux d'agglutination spécifique.

Présence d'agglutinines actives vis-à-vis du B. coli chez les tuberculeux. — MM. R. Kourilsky et Ong Sian Gwan ont constaté chez certains sujets tuberculeux, indemnes de toute atteinte colibacillaire concomitante, une proportion élevée d'anticorps vis-à-vis de souches colibacillaires d'origine étrangère. Cette élévation ne correspond ni à la localisation, ni à la forme évolutive de tuberculose pulmonaire. Elle ne se produit pas chez les malades gravement atteints.

Il est probable que, dans un organisme en état d'infection tuberculeuse active, la production d'anticorps spécifiques ou non se trouve stimulée.

Cytologie de l'exsudat péritonéal dans l'infection et dans la surinfection tuberculeuses du cobaye. — MM. R. Laporte et A. Gaiginsky étudient les variations de la formule cytologique de l'exsudat péritonéal dans la primo-infection et dans la surinfection de la séreuse. La primo-infection évolue en trois stades : réaction précoce à polynucléaires ; période anté-allergique, caractérisée par une forte monocytose ; stade d'infection constituée, marqué par une lymphocytose massive. Dans la surinfection au contraire, le taux des lymphocytes s'élève dès la vingt-quatrième heure, mais le rapport $\frac{\text{lymphocytes}}{\text{monocytes}}$ reste constamment beaucoup plus voisin de l'unité que dans la primo-infection. La réponse allergique des premières heures, chez les cobayes surinfectés, se distingue de la réaction précoce de primo-infection par une exsudation plus forte et un afflux cellulaire plus important.

A propos du titrage physiologique de la folliculine cristallisée. Equivalence entre l'étalon pondéral international (0,1 gamma) et l'unité-rat Allen-Doisy. — MM. H. Hinglais et M. Hinglais étudient la valeur physiologique de différents échantillons de folliculine cristallisée, préparés par eux-mêmes ou d'origines diverses. Tous les chiffres obtenus ou réunis par eux s'accordent pour établir que la folliculine cristallisée est huit à dix fois moins active qu'on a semblé l'admettre jusqu'ici L'unité internationale définie à Londres représenterait en moyenne un trentième d'unité-rat d'Allen-Doisy.

Les auteurs attirent l'attention sur la nécessité de reprendre avec tout le soin désirable l'étude de ce problème. Il leur paraît peu justifié de choisir pour étalon de comparaison internationale, une quantité de substance active aussi faible. Le mot *unité* internationale ne leur semble pas heureux : il crée une confusion avec les *unités physiologiques*, que l'étalon de Londres ne peut pas pratiquement et ne doit pas remplacer. Cet étalon de comparaison n'est pas, en effet, une unité physiologique : étant *défini* en poids, il ne peut pas être mieux *exprimé* qu'*en poids*.

La gomme du Sénégal, substance de déséquilibre. — M. R. Lecoq montre, par des essais effectués sur le pigeon, que la gomme du Sénégal (improprement appelée gomme arabique) entraîne le déséquilibre des rations dans lesquelles elle se trouve incorporée en forte proportion. Ce déséquilibre se traduit par l'apparition d'accidents polynévritiques, des doses élevées de vitamines B se montrant alors sans effet.

Sur un bacille anaérobie isolé dans deux cas d'érysipèle gangreneux : Bacillus terebrans. — MM. H. Brocard et H.-C. Pham décrivent un germe isolé des foyers gangreneux où il végétait exclusivement avec un streptocoque. Il s'agit d'un bacille anaérobie immobile, ne prenant pas le Gram, ne donnant pas de spores et assez polymorphe dans les cultures. Ce microbe, non encore décrit, est voisin du *Bacillus funduliformis* : il s'en distingue toutefois par son moindre polymorphisme et ses propriétés antigéniques. Les cultures pures ne se sont pas montrées virulentes pour l'animal, mais, associées au streptocoque, elles ont déterminé chez le lapin des lésions disséquantes, comparables à celles de l'homme.

Action antirachitique des glycophosphates. — Mlle Marie-Louise Barban a essayé les glycophosphates de sodium, de calcium et de magnésium du point de vue antirachitique. Les glycophosphates de sodium et de magnésium ont une activité très comparable. Le glycophosphate de calcium, quoique un peu moins actif, reste encore un bon calcifiant.

Toutefois, il ne semble pas qu'il y ait avantage à utiliser les glycophosphates de préférence aux méthylphosphates correspondants, lesquels assurent une calcification égale pour une quantité de phosphore moindre.

De l'immunisation expérimentale au moyen de bacilles diphtériques vivants. Relations du pouvoir pathogène et du pouvoir immunisant du bacille diphtérique. — M. G. Ramon a fait connaître dans une communication antérieure un procédé très commode d'immunisation antidiphtérique expérimentale au moyen du bacille diphtérique vivant. Les expériences rapportées confirment la valeur de ce procédé, qui consiste à enrober les germes diphtériques vivants et pathogènes dans la lanoline. Elles montrent en outre que le pouvoir immunisant du bacille diphtérique examiné dans ces conditions est en rapport direct avec son pouvoir pathogène essentiel. C'est seulement lorsque le bacille diphtérique doué d'un pouvoir pathogène élevé peut exercer, sans entrave, sous le couvert de l'enrobage dans la lanoline et à la faveur de l'inflammation à la porte d'entrée, sa « virulence locale », qu'il provoque, grâce à sa propriété toxigène, la formation de l'antitoxine spécifique et assure le développement de l'immunité antitoxique.

Prolongation de la narcose par le pipéridinométhylbenzodioxane (933 F.) et les dérivés voisins, aminocoumaranes et phénoxyéthylamines sympathicolytiques. — M. D. Bovet et Mlle A. Simon montrent que les produits précités, dont ils ont précédemment décrit les actions sympathicolytiques, favorisent et prolongent la narcose provoquée, chez l'animal, par les hypnotiques tant corticaux (paraldéhyde) que basaux (barbituriques).

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Actions centrales analgésiques et sédatives des aminométhylbenzodioxanes, des aminocoumaranes et des phénoxyéthylamines sympathicolytiques. — M. D. BOVET, Mlles A. SIMON et F. DEPIERRE montrent qu'à côté d'une action périphérique musculaire, antagoniste de l'excitation sympathique nerveuse et hormonale, des aminométhylbenzyldioxanes et plusieurs produits voisins ont un ensemble de propriétés analgésiques et sédatives (action analgésiques, accroissement de l'action anesthésique locale de la cocaïne, action anti-émétique, action narcotique des injections intraventriculaires) qui auraient, au moins pour certaines d'entre elles, une origine centrale.

L'évacuation inspiratoire du bassinet constatée lors de l'urographie intraveineuse. — MADELEINE H. PAILLARD a pu observer, en pratiquant successivement des radiographies en expiration et en inspiration chez les sujets soumis à l'urographie intraveineuse, que le plus souvent (trois fois sur quatre) les uretères sont nettement plus visibles, plus injectés, lors de l'inspiration, que lors de l'expiration. L'inspiration brasse le rein et « exprime le bassinet » ; les mouvements respiratoires se montrent utiles à l'excrétion rénale.

Séance du 15 décembre 1934.

La traversée comparée des hexoses avant et après blocage du système réticulo-endothélial. — MM. NOEL FIESSINGER et R. MARTINETTI, étudiant les courbes de glycémie provoquée par les hexoses avant et après blocage chez le chien, observent que le blocage ne modifie pas sensiblement la courbe du glucose, tandis qu'il élève et étale celles du lévulose et surtout du galactose.

Comme le blocage réduit considérablement la fonction glycopexique du foie sans modifier la glycopexie musculaire, les auteurs en tirent un nouvel argument sur l'absence de glycopexie musculaire du lévulose et surtout du galactose.

Action de certains extraits glandulaires ou liquides biologiques sur la motilité de l'uretère isolé. — MM. MAURICE VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, X.-J. CONTIADÈS et I. JANCU ont employé la technique de LÉON BINET et STOICESCO qui permet d'enregistrer les contractions pendulaires et péristaltiques de l'uretère isolé. Leurs expériences mettent en évidence l'action de la folliculine, de l'extrait de corps jaune et du liquide amniotique sur ce muscle lisse. Par comparaison, les auteurs ont étudié l'action, sur l'uretère isolé, du diéthyl-amino-éthyléther du 2-méthoxy-6-allylphénol.

Le pigment jaune dans la région thalamo-sous-thalamique. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER font l'étude comparative des formations neuronales de la région thalamo-sous-thalamique, en ce qui concerne leur teneur en pigment jaune et l'époque où celui-ci fait son apparition. Cette étude les conduit aux conclusions suivantes : 1° Le pigment jaune ne s'observe, dans la région thalamo-sous-thalmique, que chez l'homme adulte ; 2° Il est peu développé dans les formations végétatives de l'hypothalamus et du thalamus, exception faite des noyaux propres du tuber qui se rapprochent ainsi des formations extrapyramidales ; 3° Il est plus abondant et apparaît plus précocement dans la substance innominée, formation végétativo-motrice, les noyaux réticulaires, sauf le locus niger et la zone pallidale ; 4° Il est très abondant au niveau du néothalamus qui présente son maximum de développement chez l'homme.

Ainsi, l'étude du pigment jaune offre une valeur histophysiologique certaine.

Technique de prélèvement et caractères normaux du liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital de quelques espèces de singes. — M. PIERRE MOLLARET précise les techniques permettant le prélèvement en série du liquide lombaire et sous-occipital de différentes espèces de singes, et apporte la synthèse de deux cents analyses de liquides normaux et pathologiques. La pression du liquide est très faible et n'augmente guère par la compression des jugulaires. Les différences de composition des liquides lombaire et sous-occipital sont plus marquées que chez l'homme (différence du simple au triple). La ponction lombaire ou sous-occipitale doit être systématiquement pratiquée chez les singes destinés aux inoculations ; elle a permis de déceler à plusieurs reprises, chez des animaux en apparence sains, un état pathologique des méninges, source évidente d'erreurs.

Le liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital dans la poliomyélite expérimentale du singe. — M. PIERRE MOLLARET et Mlle BERTHE ERBER mettent en évidence, dans les formes de poliomyélite typique, des modifications du liquide céphalo-rachidien, constantes et considérables, consistant en leucocytose (à formule mixte), hyperalbuminose, réaction de Pandy positive et courbe de précipitation du benjoin colloïdal élargie. De telles modifications précèdent les signes cliniques de quarante-huit heures et, dans les formes curables, ne s'atténuent qu'après plusieurs mois. Les formes frustes de poliomyélite s'accompagnent de réactions analogues ; il en est de même chez les animaux vaccinés, fait tendant à prouver que la vaccination est fonction d'une forme inapparente de la maladie. L'étude de la virulence ou des propriétés neutralisantes, dans la poliomyélite expérimentale, doit être effectuée parallèlement avec la recherche des modifications du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital dans la fièvre jaune expérimentale du Macacus rhesus. — MM. P. MOLLARET et G.-J. STEFANOPOULO montrent l'existence d'une réaction lymphocytaire dans neuf cas de fièvre jaune typique du macaque inoculé sous la peau avec le virus « viscérotrope ». Les modifications sont beaucoup plus marquées en cas de forme nerveuse ou après inoculation intracérébrale ou sous-arachnoïdienne. On les observe encore dans les formes inapparentes et chez les animaux immunisés. La virulence du liquide a pu être constatée non seulement après inoculation sous-cutanée (3 fois sur 9). Chez les animaux immunisés, le liquide céphalo-rachidien avait acquis 4 fois sur 5 un pouvoir neutralisant élevé. De tels faits confirment l'existence d'un certain neurotropisme du virus amaril même dans les cas où l'inoculation a été faite sous la peau.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Réaction d'opacification dans le sérum des lapins sensibilisés. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO, à la suite de leur étude sur le pouvoir opacifiant du sérum d'homme en état d'hypersensibilité, ont recherché si, expérimentalement, on pouvait suivre l'apparition de l'opacification chez les lapins ayant reçu un antigène et si, chez ces lapins, la présence de cette opacification était un test de sensibilisation.

Les auteurs ont mesuré le pouvoir opacifiant du sérum des lapins avant qu'ils n'aient reçu le sérum de cheval, puis ils ont étudié l'apparition de l'opacification après l'injection sensibilisante. Ils concluent qu'une opacification dans le sérum de lapins sensibilisés n'est pas un test de sensibilisation. Cette opacification peut s'observer sans qu'il y ait eu pénétration d'un antigène dans l'organisme. Elle n'indique qu'une modification de l'équilibre du sérum.

Réaction d'opacification et précipitines chez le lapin sensibilisé. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO montrent qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'état de sensibilisation et l'apparition de précipitines. Ils concluent que ni la réaction d'opacification ni la réaction de précipitation ne sont des témoins de l'état anaphylactique chez le lapin.

De l'immunité obtenue par instillations d'abrine dans le sac conjonctival chez le lapin. Immunité antitoxique « locale » ou « générale ». — MM. G. RAMON et R. RICHOU signalent que la résistance à l'intoxication par l'abrine que l'on constate, au même moment, au niveau de l'œil préalablement traité par les instillations de cette toxine végétale ou au niveau de l'œil non traité, n'est pas d'ordre exclusivement local, mais est sous l'étroite dépendance de l'immunité antitoxique « générale » due à la présence de l'anti-abrine dans le sang de l'animal.

Production de l'immunité chez le lapin, au moyen d'instillations de toxine diphtérique dans le sac conjonctival. Immunité antitoxique « locale » ou « générale ». — MM. G. RAMON et R. RICHOU ont vu, au moyen d'instillations de toxine diphtérique dans le sac conjonctival de l'œil du lapin, qu'il n'y a pas à proprement parler d'immunité strictement locale primitive. La résistance locale à l'intoxication n'est que la conséquence et l'une des nombreuses manifestations de l'immunité antitoxique générale. L'action toxique, spécifique ou non, qui s'exerce au niveau de la conjonctive ouvre cette porte d'entrée à l'antigène ; grâce aux phénomènes inflammatoires qu'elle provoque à cet endroit, elle favorise la pénétration de l'antigène dans l'organisme où il va pouvoir jouer son rôle générateur d'antitoxine spécifique et d'immunité antitoxique générale.

F.-P. MERKLEN.

NOUVELLES

Association de la Presse médicale belge. — Cette association a tenu le samedi 8 décembre son assemblée générale statutaire. A cette occasion ses membres ont visité au cours de la matinée les chantiers de l'Exposition internationale et universelle de Bruxelles 1935.

Après les rapports du secrétaire général et du trésorier, l'Association admit dans son sein les revues suivantes : *Les Nouvelles médicales illusrées*, *Geneeskundige Bladen uit België*, *Bulletin du Collège des médecins de l'Agglomération bruxelloise*. *Le Médecin belge* et le *Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*, ce qui porte à 37 le nombre des journaux affiliés.

Furent élus membres correspondants étrangers : MM. J. de Fourmestraux (Chartres), des *Archives médico-chirurgicales de Province* Prassitele Piccinini (Milan), directeur de *Revista di Terapia moderna* ; J. Noguera (Madrid), directeur de *Gaceta medica Espanola* ; J. Madiraveitia (Madrid), rédacteur en chef de *Los Progressos de la Clinica* ; R. Jemma (Naples), directeur de *La Pediatria* ; G. Pascale (Naples), directeur de *Annali Italiani di Chirurgia* ; G. Fischer (Paris), du *Concours médical* ; Paul Carnot (Paris), directeur de *Paris médical* ; Joao Coelho, secrétaire général de la *Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie* ; I. Westfried (Bucarest), de *Noua Revista medicale* ; Constantin Daniel (Bucarest), directeur de *Gynecologie si Obstetrica*, et Jacobovici (Bucarest), de *Miscarea medicale Romana*.

Furent élus membres correspondants nationaux : MM. Lespinne, Alb. Govaerts et Ch. Sillevaerts (*Bruxelles médical*) ; Hertoghe, Heyninx, J. Konings et Mercken (*Le Scalpel*), H. Coppez (*Bull. d'ophtalmologie*), Georges Spehl (*J. de chirurgie*) ; P. Mingers (*J. d'urologie*) ; A. Langelez (*Rev. de pathologie et de physiologie du Travail*) ; A.-P. Dustin (*Le Cancer*) ; R. Duthoit (*La Pathologie infantile*) ; Massion et Daumerics (*J. de gastro-entérologie*) ; Van Cauwenberghe (*Annales de la Soc. de médecine de Gand*) ; Tytgat (*Geneeskundige Bladen uit België*) ; E. Berckman (*La Cure marine*) ; Poutrain (*J. Dentaire belge*) ; Michez (*Ann. de médecine physique*) et Koettlitz (*Le Médecin belge*).

L'assemblée procéda ensuite à l'élection de son bureau pour 1935 : *Président* : L. Dekeyser ; *Vice-président* ; F. De Rom (Gand) ; *Secrétaire général* : Beckers ; *Trésorier* J. Rosenthal ; *Membres* : Duivepart et Anciaux.

Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux (Clinique médicale de la Pitié). — Sous la directions des professeurs H. VAQUEZ et A. CLERC, assistés de MM. Ch. Aubertin, Donzelot et Mouquin, agrégés, médecins des hôpitaux ; Soupault, chirurgien des hôpitaix ; Delherm, électro-radiologiste de la Pitié ; E. Bordet et E. Géraudel, anciens chefs de laboratoire à la Faculté ; M. Bascourret, Grellety-Bosviel, Lenègre, Robert Lévy, Schwob, S. Vialard, B. Zadoc-Kahn, chefs de clinique ou anciens internes des hôpitaux ; Frain, assistant de radiologie du service ; Fischgold, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; Duchosal (Suisse), assistant étranger, André et Pattey, internes des hôpitaux ; un cours de perfectionnement commencera le

NOUVELLES *(Suite)*

lundi 14 janvier 1935, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon La Rochefoucauld (Service 6).

PROGRAMME DU COURS (1). — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement, leçons cliniques, radioscopie, électro-cardiographie et phonocardiographie théoriques avec exercices pratiques (Lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.).

Lundi 14 janvier. — M. E. Bordet : Technique générale radioscopique.

Mardi 15. — M. A. Clerc : Polyclinique.

Mercredi 16. — 10 heures. M. Bordet : L'ombre du cœur à l'état normal. Nouveaux procédés d'exploration radiologique du cœur.

Jeudi 17. — M. Géraudel : Principes et techniques électro-cardiographiques.

Vendredi 18. — M. Géraudel : Notions anatomiques et physiologiques, électrocardiogrammes.

Samedi 19. — 10 heures. M. Frain : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur. — 11 heures. M. Clerc : Présentation de malade.

Lundi 21. — M. Géraudel : Troubles de fonctionnement du sinus.

Mardi 22. — M. Clerc : Polyclinique.

Mercredi 23. — M. Surmont : Affections valvulaires.

Jeudi 24. — M. Géraudel : Extrasystoles.

Vendredi 25. — M. Géraudel : Blocage sino et atrio-ventriculaire.

Samedi 26. — 10 heures. M. Frain : Péricardite, symphyse. Malformations congénitales. — 11 heures. M. Clerc : Présentation de malades.

Lundi 28. — M. Frain : Pédicule cardiaque normal. Aortites.

Mardi 29. — M. Clerc : Polyclinique.

Mercredi 30. — M. Frain : Anévrysme aortique.

Jeudi 31. — M. Géraudel : Rythme nodal.

Vendredi 1er février. — M. Géraudel : Fibrillation et flutter auriculaires.

Samedi 2. — 10 heures. M. Frain : Artérites pulmonaires. Veines caves. — 11 heures. M. Clerc : Présentation de malades.

Lundi 4. — M. Géraudel : Déformations de l'électrocardiogramme ventriculaire.

Mardi 5. — M. Clerc : Polyclinique.

Mercredi 6. — M. Delherm : Kymographie.

2° L'après-midi : *a*) de 15 à 16 heures : Démonstrations pratiques (examen des malades, électro-cardiographie, artériographie, etc.) sous la direction de MM. Clerc et Aubertin, dans leurs services à l'hôpital de la Pitié, par les assistants et les internes (Les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 heures : Conférence théorique ; *c*) à 17 heures : Exercices pratiques de radioscopie et d'orthodiagrahpie sous la direction de M. Frain. Une démonstration spéciale de kymographie aura lieu dans le service de M. Delherm, radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

Lundi 14 janvier. — M. Clerc : Insuffisance cardiaque.

Mardi 15. — M. Grellety-Bosviel : Péricardites et adhérences du péricarde.

Mercredi 16. — M. Soupault : Chirurgie des affections cardiaques.

(1) Des explications pourront être données en anglais.

Jeudi 17. — M. B. Zadoc-Kahn : Endocardites infectieuses.

Vendredi 18. — M. Vialard : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu.

Samedi 19. — M. Mouquin : Lésions congénitales du cœur.

Lundi 21. — M. Donzelot : Infarctus du myocarde.

Mardi 22. — M. R. Lévy : Irrégularités du rythme cardiaque.

Mercredi 23. — M. Lenègre : Bradycardies.

Jeudi 24. — M. R. Lévy : Tachycardies.

Vendredi 25. — M. Schwob : Généralités sur les lésions valvulaires.

Samedi 26. — M. Bascourret : Exploration des artères. Sphygmomanométrie.

Lundi 28. — M. Aubertin : Hypertension artérielle.

Mardi 29. — M. Mouquin : L'angine de poitrine et son traitement.

Mercredi 30. — M. Bascourret : Artérites oblitérantes des membres.

Jeudi 31. — M. Aubertin : Aortites et anévrysmes aortiques.

Vendredi 1er février. — M. Clerc : Artérites pulmonaires.

Samedi 2. — M. Grellety-Bosviel : Exploration des veines, phlébites.

Lundi 4. — M. Mouquin : Hygiène et médication générale des maladies du cœur.

Mardi 5. — M. Bascourret : Digitaline et ouabaïne.

Mercredi 6. — M. Grellety-Bosviel : Médications vasculaires.

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs.

Prix du cours complet : 250 francs.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. (Le registre sera clos quatre jours avant l'ouverture du cours.)

Cours spécial sur la tuberculose. — Ce cours spécial pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium est organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose et sera fait par MM. Fernand BEZANÇON et Robert DEBRÉ.

MM. Etienne Bernard et Lacomme, agrégés ; Paraf, Coste, Lelong et Lamy, médecins des hôpitaux ; Maurer, chirurgien des hôpitaux ; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec ; Biraud, de la Section d'hygiène de la S. D. N. ; Evrot, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ; Martin, médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; Calvé, médecin de l'hôpital franco-américain de Berck ; Vitry, assistant de l'École de puériculture de la Faculté ; Baron, Poix, Soulas, Valtis, assistants de la clinique ; Ch. Mayer, J. Marie, Pellissier, Triboulet, Thoyer, Even, Bernal et Cord, chefs et anciens chefs de clinique ; Lévy-Bruhl, Mlle Gauthier-Villars, Olivier, chefs de laboratoire de la clinique.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

PREMIÈRE PARTIE. — *A la clinique*, du 7 janvier au 2 février 1935. Cette partie est composée de 50 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection de malades

NOUVELLES *(Suite)*

de préventorium et sanatorium, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

DEUXIÈME PARTIE. — *Stages dans des dispensaires et des sanatoriums* :

1° Du 4 février au 2 mars, au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine.

Les élèves seront répartis par petits groupes qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires. Durant cette période, des visites seront faites aux Centres de placement familial des Tout-Petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national d'hygiène sociale, etc.).

2° Du 4 mars au 23 mars, dans des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Les grandes étapes de la phtisiologie.

L'infection tuberculeuse : pathogénie générale, allergie et immunité tuberculeuses.

Le bacille de Koch. Morphologie et cultures. Formes acido-résistantes. Formes filtrantes.

Tuberculose expérimentale.

Les tuberculines. Réactions tuberculiniques.

L'hérédité tuberculeuse.

La contagion tuberculeuse. Sources, voies et modalités de la contagion.

Lésions élémentaires produites par le bacille de Koch. Follicules et lésions non folliculaires. Les formes anatomiques.

La tuberculose du nourrisson.

La tuberculose de la seconde enfance.

Les débuts de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Les formes chroniques ulcéro-caséeuses.

Les pneumonies tuberculeuses.

Les formes fibreuses. Scléroses pulmonaires tuberculeuses.

Les tuberculoses aiguës.

Valeur respective des symptômes et des signes en matière de tuberculose pulmonaire.

Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire.

Technique radiologique générale du thorax.

Interprétation des images radiologiques de la tuberculose pulmonaire.

Les hémoptysies tuberculeuses.

La fièvre chez les tuberculeux.

Tuberculoses atypiques.

Tuberculose laryngée.

La tuberculose pleurale.

La tuberculose intestinale.

La tuberculose rénale.

Les tuberculoses osseuses et articulaires et les principes généraux de leur traitement.

Tuberculose et maternité.

Procédés de diagnostic empruntés au laboratoire.

La valeur séméiologique de la recherche des bacilles dans les expectorations.

Suppurations non tuberculeuses du poumon.

Application de la méthode du lipiodol au diagnostic et au traitement.

Traitements dits spécifiques. Antigénothérapie. Chimiothérapie. Chrysothérapie.

Conditions climatiques de la cure des tuberculeux.

Sanatoriums. Assistance post-sanatoriale.

Pneumothorax artificiel. Technique. Accidents. Complications.

Pneumothorax artificiel. Résultats immédiats et éloignés.

Pneumothorax bilatéral.

Phrénicectomie. Indications et résultats.

Thoracoplastie. Indications.

Thoracoplastie. Résultats.

Oléothorax et lavages de plèvre.

Section de brides.

Epidémiologie générale de la tuberculose. Facteurs sociaux. Morbidité. Mortalité.

La préservation de l'enfance (Le placement familial. Les préventoriums. La prévention à l'école).

Le dispensaire antituberculeux et le service social.

La déclaration obligatoire. Les assurances sociales. La législation antituberculeuse en France.

L'évolution actuelle de la lutte antituberculeuse et l'armement antituberculeux français.

La prémunition selon la méthode de Calmette.

Le certificat d'assiduité à ce cours spécial comprenant les stages permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le Comité national de défense contre le tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 500 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (Professeur : M. E. BRUMPT). — M. le Dr H. GALLIARD, agrégé, commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 3 janvier 1935, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire sur le traitement des maladies infectieuses (Chaire de thérapeutique : Professeur M. MAURICE LŒPER). — Ce cours sera fait au grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.

Vendredi 11 janvier. — M. le professeur, Tanon : Mesures prophylactiques dans les maladies contagieuses;

Samedi 12 janvier. — M. le professeur Debré : L'anatoxine diphtérique.

Vendredi 18 janvier. — M. le Dr Darré, médecin de l'hôpital Pasteur : Sérothérapie antidiphtérique.

Samedi 19 janvier. — M. le Dr Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur : Traitement et prophylaxie de la grippe.

Vendredi 25 janvier. — M. le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : Traitement curatif et préventif du tétanos.

Samedi 26 janvier. — M. le médecin général Dopter,

NOUVELLES (*Suite*)

professeur au Val-de-Grâce : Le traitement des dysenteries.

Vendredi 1er *février.* — M. le professeur Pettit, de l'Institut Pasteur : Traitement des maladies à virus filtrants.

Samedi 2 *février.* — M. le Dr Joannon, agrégé : Le sérum de convalescents.

Vendredi 8 *février.* — M. le professeur Lemierre : Vaccinothérapie préventive et curative des affections typhoïdes.

Samedi 9 *février.* — M. le Dr Abrami, agrégé : Le traitement actuel du paludisme.

Vendredi 15 *février.* — M. le professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur : Chimiothérapie et chimioprévention des spirochétoses.

Samedi 16 *février.* — M. le Dr Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau : Les vitamines dans le traitement des maladies infectieuses.

Préparation au diplome d'hygiène industrielle et médecine du travail (Faculté de médecine de Paris). — HYGIÈNE INDUSTRIELLE. — Ce cours sera professé par M. Heim de Balsac, agrégé, professeur au Conservatoire national des arts et métiers, directeur de l'Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail de la Faculté.

Le cours commencera le mercredi 9 janvier 1935, à 17 heures, et continuera les samedis et mercredis suivants (amphithéâtre des travaux pratiques de chimie), pendant le semestre d'hiver.

Le cours sera complété par des démonstrations pratiques et manipulations, par des présentations de dispositifs d'hygiène industrielle et par des visites d'usines.

MÉDECINE DU TRAVAIL ET TOXICOLOGIE INDUSTRIELLE. — Ce cours sera professé par M. Duvoir, agrégé, pour la clinique, et par M. Fabre, professeur à la Faculté de pharmacie, pour la toxicologie. Il aura lieu à l'Institut médico-légal (place Mazas) et comprendra 20 leçons de M. Duvoir, qui auront lieu les mardis, de 15 h. 30 à 16 h. 30 et de 17 heures à 18 heures, et 10 leçons de M. Fabre, suivies de travaux pratiques, qui auront lieu les vendredis, de 15 h. 30 à 18 heures.

Le cours commencera le mardi 8 janvier 1935 et continuera les vendredis et mardis suivants.

L'enseignement, pour les candidats au diplôme, sera complété (dans la mesure du possible), par l'examen clinique d'ouvriers atteints de maladies professionnelles (service de M. Duvoir à l'hôpital Saint-Louis, les jeudis à 10 heures). Ces candidats seront exercés individuellement par M. Fabre à la détection des divers toxiques dans les atmosphères des ateliers et dans les liquides et viscères de l'organisme

Les cours sont publics, mais les candidats au diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail devront prendre les inscriptions réglementaires.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris. — 3 *Janvier.* — M. GAUFFRE, Contribution à l'étude de certains larmoiements chroniques.

9 *Janvier.* — M. LACROIX, Les arthrites aiguës et suppurées du genou chez l'enfant et leur traitement.

MEMENTO CHRONOLOGIQUE

31 DÉCEMBRE. — *Alger.* Clôture du concours réservé aux médecins de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène. Dernière limite d'envoi des monographies au secrétariat général d'hygiène, 17, rue Brue, à Alger.

31 DÉCEMBRE. — *Genève* (Secrétariat général du Congrès des maladies et accidents du travail). Dernier délai pour l'envoi des mémoires en vue de l'attribution du prix de mille francs suisses pour récompenser une étude sur les accidents du travail.

3 JANVIER. — *Paris.* Faculté de médecine. Ouverture du registre pour la consignation pour les examens de fin d'année.

3 JANVIER. — *Paris.* Hôpital d'Aubervilliers. 11 heures. Clinique des maladies infectieuses. M. le professeur LEMIERRE : Leçon clinique.

3 JANVIER. — *Paris.* Clinique médicale thérapeutique de la Pitié, 10 h. 30. M. le professeur RATHERY : Leçon clinique.

3 JANVIER. — *Paris.* Clinique urologique de l'hôpital Necker, 10 heures. M. le professeur MARION : Leçon clinique.

3 JANVIER. — *Paris.* Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 10 h. 30. M. le professeur LEMAIRE : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, 11 heures. M. le professeur CLERC : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Hospice de la Salpêtrière. 10 h. 30. M. le professeur GUILLAIN : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique, 10 heures. M. le professeur TERRIEN : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Hôpital Saint-Antoine, clinique médicale, 10 heures. M. le professeur BEZANÇON : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Clinique Baudelocque, 11 heures. M. le professeur COUVELAIRE : Leçon clinique.

4 JANVIER. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, 10 heures. M. le professeur OMBRÉDANNE : Leçon clinique.

5 JANVIER. — *Paris.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10 h. 45. M. le professeur CARNOT : Leçon clinique.

5 JANVIER. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 10 heures. M. le professeur CUNÉO : Leçon clinique.

NOUVELLES *(Suite)*

5 Janvier. — *Paris.* Hôpital des Enfants-Malades, Clinique médicale infantile, 10 heures. M. le professeur Nobécourt : Leçon clinique.

5 Janvier. — *Paris.* Clinique Tarnier, 10 h. 30. M. le professeur Brindeau : Leçon clinique.

5 Janvier. — *Paris.* Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur Lenormant : Leçon clinique.

5 Janvier. — *Paris.* Clinique orthopédique de l'hôpital Cochin, 10 h. 30. M. le professeur Mathieu : Leçon clinique.

6 Janvier. — *Paris.* Clôture des inscriptions pour le Salon des médecins (s'adresser à M. P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris, XVe).

11 Janvier. — *Paris.* Assistance publique. Ouverture du registre d'inscription pour le concours de chirurgien des hôpitaux.

14 Janvier. — *Alger.* — Concours pour deux places de médecin adjoint de l'hôpital de Bône.

15 Janvier. — *Paris.* Assistance publique. Clôture du registre d'inscription pour le concours du prix Fillioux.

15 Janvier. — *Paris.* Faculté de pharmacie. Concours de professeur suppléant de la chaire de botanique à l'Ecole de médecine de Rennes.

15 Janvier. — *Bordeaux.* — Concours de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Limoges.

15 Janvier. — *Paris.* Ministère de la Guerre. Dernier délai d'inscription pour le concours d'infirmière des hôpitaux militaires.

15 Janvier. — *Grenoble.* — Préfecture. Dernier délai d'inscription pour le concours de médecin inspecteur adjoint d'hygiène de l'Isère.

17 Janvier. — *Paris.* Assistance publique, salle des concours, rue des Saints-Pères, 9 heures. Concours de la Médaille d'or de chirurgie et accouchement.

19 Janvier. — *Paris.* Faculté de médecine. Clôture du registre pour la consignation pour les examens de fin d'année.

CHRONIQUE DES LIVRES

Histoire de la marine française illustrée, par Charles de la Roncière, ancien président de l'Académie de marine, et Georges Clerc-Rampal, membre de l'Académie de marine, 1 vol. in-4 avec 800 figures, 6 planches coloriées, broché 125 francs, relié 170 francs (*Librairie Larousse, 19, rue Montparnasse, Paris*).

M. Charles de la Roncière, ancien président de l'Académie de marine, honoré trois fois du Grand Prix Gobert, et M. Georges Clerc-Rampal, spécialisé dans l'étude de l'archéologie navale, ont eu l'heureuse idée de se réunir pour nous tracer une histoire particulièrement intéressante, celle de la navigation, des grands voyages de découvertes, celle de nos héroïques marins, les uns sur des vaisseaux de corsaire, les autres sur des unités de combat, d'autres sur le bateau de pêche ; et cette histoire est présentée avec un luxe d'illustrations que l'on a coutume de rencontrer dans les ouvrages Larousse.

La marine présente une variété infinie de sujets à étudier : les vicissitudes et les hauts faits de la marine de guerre, la critique des opérations navales, la biographie des marins célèbres, son rôle dans la prospérité et la grandeur de la nation, sa contribution au développement de notre empire colonial.

L'histoire des bateaux est une autre question fort intéressante : suivre au cours des siècles l'évolution de l'aménagement des navires, leurs multiples adaptations, l'invention des sous-marins, des hydravions, c'est mettre à la portée de tous les merveilles du musée de la Marine au Louvre.

Dans cet ouvrage si documenté, le médecin trouvera même une documentation sur des rapports peu connus entre le navire et la médecine, entre le navire et l'histoire : se doute-t-on qu'il y avait au temps de Saint Louis des navires assez grands pour qu'on dût interdire d'y embarquer plus de quinze cents passagers ? Sait-on qu'en 1296 Philippe le Bel avait déjà tenté un essai de blocus continental ; que Louis XI, se croyant lépreux, organisa une expédition mystérieuse pour quérir des remèdes à l'archipel du Cap-Vert ; que la première expédition polaire fut organisée, en 1523, par des Lyonnais ; qu'il y eut sous Catherine de Médicis un projet de colonisation française du Brésil : le « Secret de la reine » ; que le vrai crime du surintendant Fouquet fut d'avoir préparé une Fronde maritime en se rendant le maître occulte de la mer ?

Des galères du temps des Gaules aux merveilles de la construction navale d'aujourd'hui, c'est un étonnant défilé de types aussi variés que pittoresques : vaisseaux de Guillaume le Conquérant ou des Croisades, nefs de guerre du XIVe ou du XVe siècle, navires somptueusement sculptés du temps de Louis XIV, galiotes et caravelles, brigantins, felouques, polacres, tartanes, etc. On a donné également de nombreuses vues de ports aux différentes époques, des vues de combats sur mer, des portraits de marins, des reproductions de cartes anciennes, portulans, instruments de bord, etc.

Voilà un ouvrage à recommander, car il constitue une galerie unique, une documentation sans précédent, et qu'il y a un réel plaisir des yeux d'admirer sa belle présentation.

G.